

V
Ex. 2

revista brasileira de cancerologia



Nº3 / 76

PRESIDENTE DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL:

— **Gen. Ernesto Geisel**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

— **Ministro: Dr. Paulo de Almeida Machado**

SECRETARIA-GERAL

— **Secretário: Dr. José Carlos Seixas**

SECRETARIA NACIONAL DE SAÚDE

— **Secretário: Dr. Luiz Carlos Moreira de Souza**

DIVISÃO NACIONAL DE CÂNCER

— **Diretor: Dr. Humberto Torloni**



REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA

Vol. 26 — Nº 3, Maio/Junho/76

Fundadores:

Alberto Lima de Moraes Coutinho
Jorge Sampaio de Marsillac Motta
Mario Kroeff
Moacyr Santos-Silva
Sergio Lima de Barros Azevedo

Diretor da Divisão Nacional do Câncer:

Humberto Torloni

Editor científico:

Heládio José Martins
in memoriam

Editores-assistentes:

Romero Bezerra Barbosa
Djalma Oliveira

Revisora:

Dr^a Corina Desirée da Costa Braga

Representantes:

Associações Nacionais de Controle ao Câncer
Universidades e Faculdades de Medicina e Odontologia
Secretarias de Saúde dos Estados
Instituições Médicas Públicas e Privadas

REVISTA BRASILEIRA
DE CANCEROLOGIA

A
REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA
é o órgão oficial da
DIVISÃO NACIONAL DE CÂNCER

Publicação de distribuição gratuita às instituições médicas do País e estrangeiro e aos médicos em geral, de acordo com o critério da Divisão Nacional de Câncer.

Solicita-se permuta com Revistas Médicas.

DIVISÃO NACIONAL DE CÂNCER
MINISTÉRIO DA SAÚDE

ESPLANADA DOS MINISTÉRIOS — BLOCO 11
3º ANDAR — Tel. (0612) 24-9494 — 24-4676
70.000 BRASÍLIA — DF
BRASIL

Índice

	Pág.
CURSO DE PATOLOGIA DOS TUMORES ÓSSEOS	5
INTRODUÇÃO	7
CASO I — OSTEOSSARCOMA JUSTACORTICAL	11
CASO II — OSTEOSSARCOMA JUSTACORTICAL GIGANTE	15
CASO III — OSTEOSSARCOMA TELANGIECTÁSICO	19
CASO IV — OSTEOSSARCOMA DE CRÂNIO	25
CASO V — OSTEOLASTOMA DE CRÂNIO	29
CASO VI — OSTEOLASTOMA DE CORPO VERTEBRAL	31
CASO VII — OSTEOLASTOMA DO CORPO	35
CASO VIII — CONDROMA DE ÚMERO	39
CASO IX — CONDOBlastoma DE ÚMERO, FORMA CÍSTICA	43
CASO X — CONDOBlastoma DE FIBRA	47
CASO XI — CONDOBlastoma COM TRANSFORMAÇÃO MALIGNA	51
CASO XII — CONDROSSARCOMA SECUNDÁRIO	55
CASO XIII — CONDROSSARCOMA SECUNDÁRIO	57
CASO XIV — TUMOR CARTILAGINOSO NÃO-CLASSIFICADO	63
CASO XV — DISPLASIA FIBROSA, FORMA ATIVA (FIBROMA OSSIFICANTE)	67
CASO XVI — FIBRO-HISTIOCITOMA DE TÍBIA	71
CASO XVII — NEUROFIBROMA DE PERÔNIO	75
CASO XVIII — MASTOCITOSE ÓSSEA	79
CASO XIX — OSTEOMITE COM FOCOS MÚLTIPLOS	83
CASO XX — CISTICERCOSE ÓSSEA POR CYSTICERCUS RACEMOSUS	87
CASO XXI — MIOSITE OSSIFICANTE	89
CASO XXII — FIBROMATOSE MÚLTIPLA	93
NORMAS PARA COLABORADORES DA REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA	97

Curso de Patologia dos Tumores Ósseos

Diretor da Divisão Nacional do Câncer:
Dr. Huberto Torloni

Diretor do Centro de Reabilitação Sarah Kubitscheck — Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor:
Dr. Aloysio Campos da Paz Junior

Coordenador-Geral dos Cursos da Divisão Nacional do Câncer:
Dr. Romero Bezerra Barbosa

Coordenador do Curso de Patologia dos Tumores Ósseos:
Dr. Ricardo Karam Kalil

Colaborador especial da Coordenação:
Dr. Hans Heinrich Japp

Secretaria da Coordenação do Curso:
Instituto de Patologia e Cancerologia do Brasil Central. Centro de Reabilitação Sarah Kubitscheck — Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor.

Convidado — Conferencista:
Prof. Fritz Schajowicz — Chefe do Centro Internacional de Referência de Tumores Osseos da Organização Mundial da Saúde.

Moderador:
Dr. Humberto Torloni — Divisão Nacional do Câncer, Ministério da Saúde, Brasília, DF (Patologia).

Participantes:

Dr. Arcelino Bitar — Hospital Estadual Jesus, Rio de Janeiro, RJ (Ortopedista — Traumatologista).

Dr. Elio Consentino — Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SP (Ortopedista — Traumatologista).

Dr. Fausto Brenner — Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor, Brasília, DF (Radiologista).

Dr. Fernando Façanha — Hospital Geral, Fortaleza, CE (Ortopedista — Traumatologista).

Dr. Hans Heinrich Japp — Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor, Brasília, DF (Patologista).

Prof. Heinz Rücker — Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR (Ortopedista — Traumatologista).

Dr. Jayme Brandão de Marsillac — Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, RJ (Cancerologista — Cirurgião).

Prof. João Alvarenga Rossi — Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP (Ortopedista — Traumatologista).

Prof. José Henrique da Mata Machado — Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG (Ortopedista — Traumatologista).

Prof. José Rodrigues — Hospital Getúlio Vargas e Hospital Santo Amaro, Recife, PE (Ortopedista — Traumatologista).

Dr. José de Souza Andrade Filho — Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG (Patologista).

Prof. Marino Lazzareschi — Hospital São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP (Ortopedista — Traumatologista).

Dr^a Nany Renzo Barbosa de Oliveira — Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP (Patologista).

Dr. Ricardo Karam Kalil — Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor, Brasília, DF (Patologista).

Dr. Aloysio Campos da Paz Junior — Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor, Brasília, DF (Ortopedista — Traumatologista).

Participantes do dia:

Dr. Affonso Coelho — Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR (Patologista).

Dr. Célio Elias — Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG (Ortopedista — Traumatologista).

Dr. Henrique Lenzi — Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF (Patologista).

Dr. João Luiz Fernandes — 1º Hospital Distrital de Brasília, Brasília, DF (Radiologista).

Dr. Mauri Azevedo — Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG (Ortopedista — Traumatologista).

Introdução

O presente seminário sobre tumores ósseos foi organizado e realizado no Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor, em Brasília, DF, sob o patrocínio da Divisão Nacional de Câncer, do Ministério da Saúde.

Seu objetivo foi a discussão de aspectos incomuns, clínicos, radiológicos e/ou histológicos, encontrados em lesões do esqueleto, sua ocorrência, seu significado e valor diagnóstico, bem como a apresentação de doenças não tumorais que possam simular tumores e seu diagnóstico diferencial.

Para isso convidou-se o Professor Fritz Schajowicz, patologista de renome mundial como conhecedor da patologia óssea, procurando-se reunir em torno dele um grupo de especialistas que pudesse não só trazer suas dúvidas e problemas, como dar sua contribuição pessoal às discussões, baseada na experiência de cada um.

Evidentemente uma reunião deste tipo só poderia ter sucesso com a participação de gente que lida diariamente com essa patologia, que a conhece, gente com a franqueza que lhe permita trazer seus casos pro-

blemáticos, expô-los, expor suas dúvidas, seus pontos de vista e, ao mesmo tempo, com a suficiente humildade, que é fruto da maturidade e da consciência do conhecimento, para aceitar outros pontos de vista e sugestões que permitam o esclarecimento diagnóstico e apontem a conduta a seguir. Tudo isso, somado à consciência coletiva de que, em se tratando de uma patologia pouco freqüente como é a dos tumores ósseos, só a troca de informações entre pessoas experientes levará a um acréscimo considerável do conhecimento de todos com evidentes benefícios para a população doente, foi essencial para o resultado alcançado.

A colaboração dada pela Diretoria do Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor, encabeçada pelo Dr. Aloysio Campos da Paz Junior, com o fornecimento de área física, equipamento audiovisual, pessoal assistente e, ele próprio, participando dos debates, assim como a participação especial do Dr. Humberto Torloni, Diretor da Divisão Nacional de Câncer, na qualidade de moderador da mesa, além de dar todo o apoio que foi solicitado à Divisão, foram fatores preponderantes para os resultados obtidos.

Agradecemos especialmente aos colegas Dr. Romero Bezerra Barbosa e Dr. Hans H. Japp pela colaboração permanente que nos deram e aos Drs. Jayme B. de Marsillac, Elio Consentino e Fausto Brenner pela participação extra nas sessões, respectivamente como moderadores e radiologista-convidado.

A todos os participantes agradecemos a permissão para publicação de seus casos.

Brasília, 30 de dezembro de 1975.

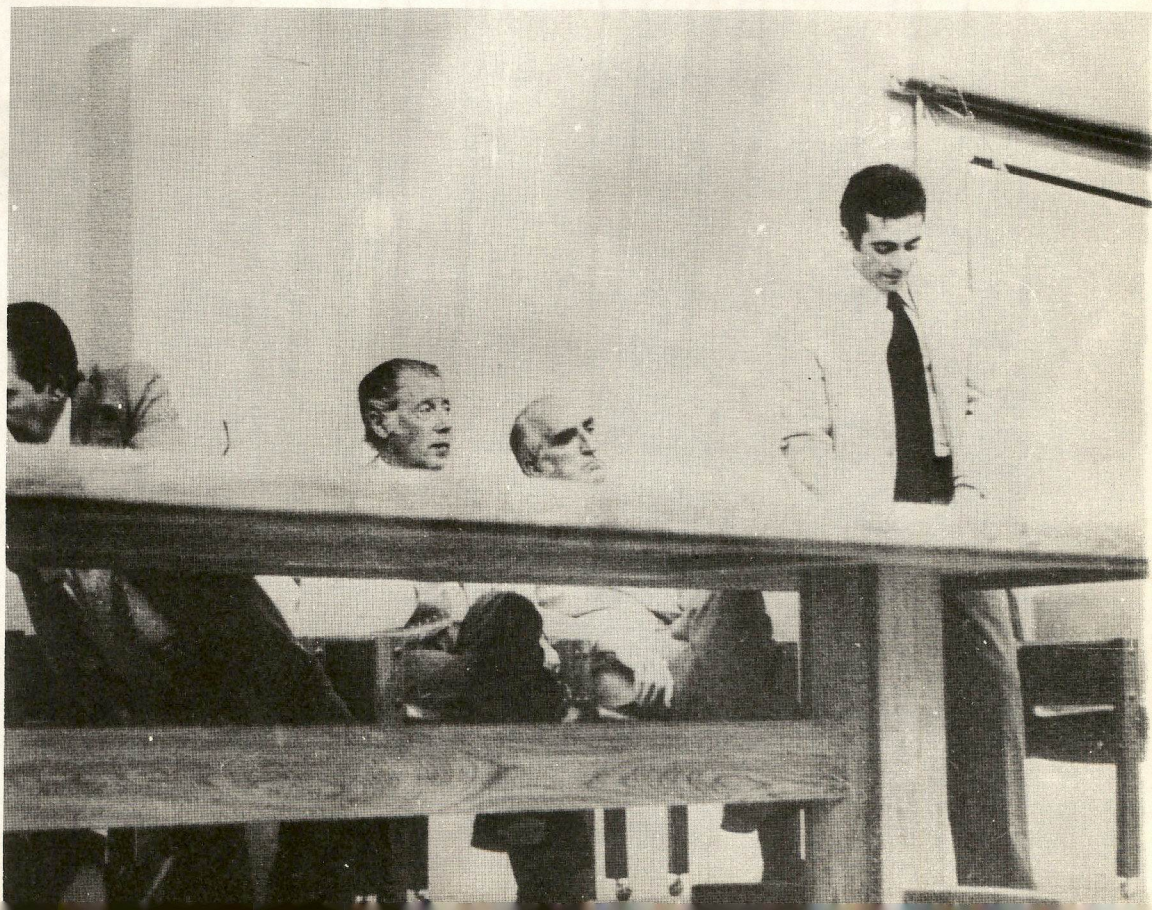
RICARDO K. KALIL
Coordenador
Curso de Patologia dos
Tumores Ósseos

ASPECTOS
DA
SESSÃO
DE
ABERTURA

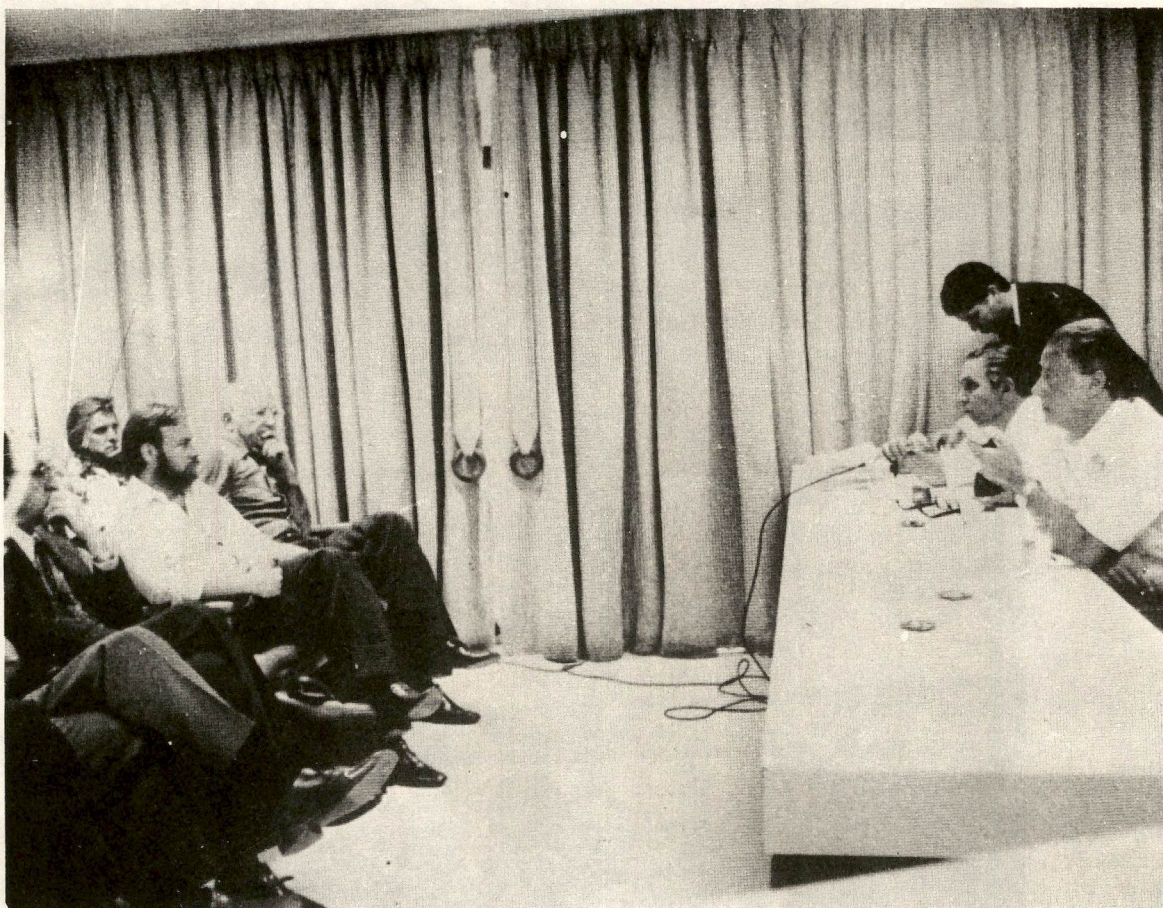
Dr. Humberto Torloni (da esquerda para a direita), Prof. Fritz Schajowicz, Dr. Arcelino Bitar e Dr. Ricardo Kalil.



Da esquerda para a direita: Dr. Aloysio Campos da Paz Jr., Dr. Humberto Torloni, Dr. Arcelino Bitar e Dr. Ricardo Kalil.



ASPECTO DA SESSÃO DE CONSULTORIA



CASO I

Osteossarcoma Justacortical

Caso contribuído pelo Dr. Arcelino Bitar ()*

Paciente do sexo feminino, de cor branca, com 7 anos de idade, apresentando aumento de volume no terço inferior da perna, endurecido à palpação.

Dr. Brenner — A radiografia inicial mostra que, ao nível da metáfise distal do perônio, há um nítido aumento da densidade com formação óssea irregular e expansão do osso. A formação óssea não é muito anárquica, mas bastante extensa, alargando e aumentando o volume do osso. Vêem-se poucas e pequenas áreas de lise (Fig. I-1).

Dr. Bitar — Foi tomado como tumor benigno e feita a ressecção segmentar, sem bió-

psia prévia, com união da extremidade inferior do perônio à tibia. O material foi examinado histopatologicamente.

Dois anos depois, a criança voltou e fez nova radiografia.

Dr. Brenner — Vê-se que houve formação de osso a partir do perióstio e existe a sinostose cirúrgica. As partes moles parecem normais. O espessamento da cortical parece ser devido à sinostose (Fig. I-2).

Prof. Schajowicz — Não lhe parece regeneração do perônio?



Fig. I-1 - Radiografia pré-operatória.

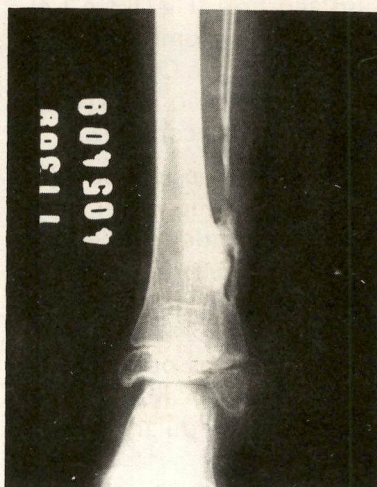


Fig. I-2 - Radiografia pós-operatória.

(*) Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia.
Hosp. Est. Jesus. Rio de Janeiro — RJ.

Dr. Brenner — Sim, parece. E está ocorrendo novamente espessamento da cortical com aumento da densidade, mas é bastante bem delimitado, sem que sugira aspecto neoplásico maligno.

Dr. Fernandes — Na primeira radiografia parece existir um plano de clivagem e eu acho que, apesar da idade do doente, a possibilidade de ser um Osteossarcoma Justacortical deve ser considerada.

Prof. Schajowicz — O aspecto radiológico é mesmo compatível com Osteossarcoma Justacortical que, em uma menina de 7 anos de idade, seria realmente excepcional. Mas, radiologicamente, não cabe outro diagnóstico.

Dr. Bitar — Nesta fase foi feita uma ressecção segmentar da tíbia e colocação de enxerto. O exame anatomopatológico mostrou a mesma natureza da lesão inicial.

Prof. Schajowicz — A fotografia da peça obtida na primeira cirurgia mostra um aspecto compatível com Osteossarcoma Justacortical, envolvendo o osso e já penetrando a cortical. Chama a atenção esse aspecto em raios-de-sol e não nodular e escleroso como é o comum no Justacortical (Fig. 1-3 e 1-4). Tenho observado que casos como este, que talvez seja um tipo diferente de Osteossarcoma Justacortical, têm evolução mais favorável do que o Osteossarcoma comum.

Dr. Prates — Talvez pudesse ser um tipo diferente, à semelhança do caso que vai ser apresentado a seguir: ambos invadem a medular mais rapidamente do que um Justacortical comum, além do aspecto espiculado, que também é semelhante. O Osteossarcoma Justacortical, às vezes, dá duas ou três recidivas antes de invadir. E estes casos já estão diretamente invadindo a medular, destruindo a cortical.

Dr. Nany — Tive oportunidade de procurar na literatura e vi que a histologia, às vezes, varia daquela histologia clássica do Osteos-

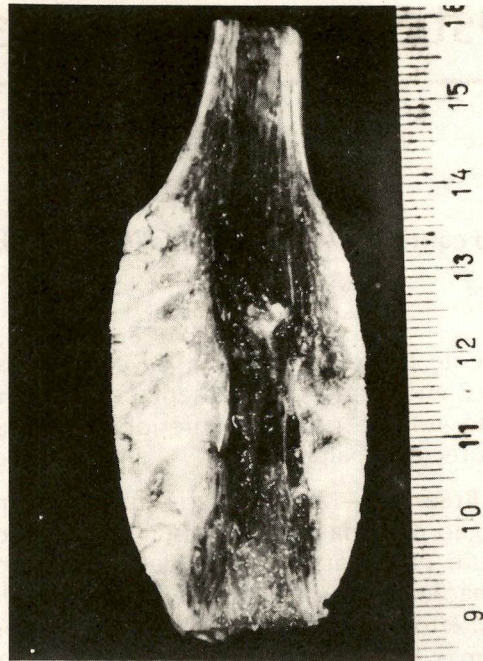


Fig. 1-3 - Peça ressecada.

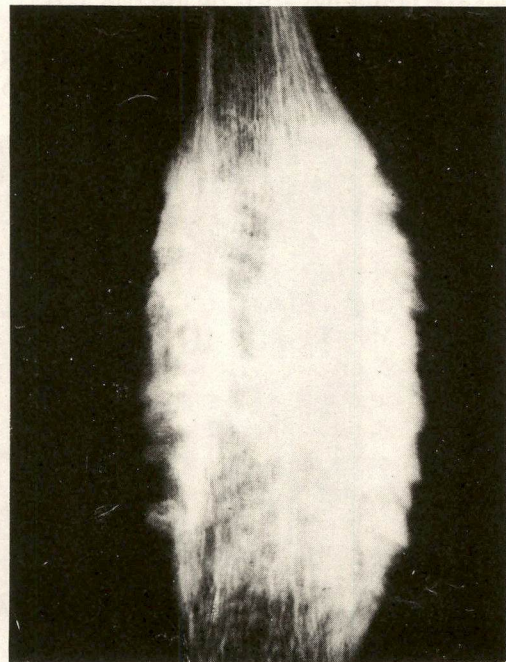


Fig. 1-4 - Radiografia da peça ressecada.

sarcoma Justacortical. Em um trabalho publicado no **Journal of Bone and Joint Surgery**, classifica-se este tumor em 4 tipos diferentes. A histologia e a evolução são diferentes daquilo que a gente esperaria do Justacortical.

Eu tive um problema em um caso de fêmur em que o cirurgião fez uma punção-biópsia. Foi difícil dar esse diagnóstico mas acabei classificando-o como Osteossarcoma Justacortical, apesar da histologia ser diferente. Toda a radiologia era de um Justacortical e não mostrava invasão da medular. À cirurgia, o tumor era completamente fora da cortical, mas a histologia era um pouco diferente do Osteossarcoma Justacortical clássico. Esta menina teve duas recidivas locais, foi reoperada e depois partiu-se para a desarticulação. Fez metástases pulmonares aproximadamente no prazo de 1 ano e meio. Esse trabalho do **J.B.J.S.** relata casos semelhantes.

Prof. Schajowicz — Estes casos devem ser revisados para ver se são realmente Osteossarcomas Justacorticais.

Tenho visto também casos como este e o de Prates (Caso II) que são de evolução mais favorável que o Osteossarcoma comum mas que não evoluíram como o Osteossarcoma Justacortical.

Prof. Lazzareschi — O dado mais importante desse trabalho a que a Dr^a Nany se referiu, é que ele divide a evolução do Osteossarcoma Justacortical em dois grupos para tirar a impressão de que ele é sempre um tumor de evolução relativamente benigna. Um grupo foi muito bom e o outro foi tão ruim quanto o Osteossarcoma central. Os autores chamam a atenção que é a histologia que determina o prognóstico.

Prof. Schajowicz — Deve-se lembrar o seguinte: o Osteossarcoma Justacortical típico, que tem na histologia um tipo de osso maduro, zonas fibroblásticas e nada mais, é

um tipo. Existem também Osteossarcomas extra-ósseos que tomam depois contato com o osso e que podem ser muito malignos. São Osteossarcomas de partes moles muito atípicos que invadem o osso e que não têm nada a ver com Osteossarcoma clássico.

Eu diria que o Osteossarcoma Justacortical clássico é um tumor bem ossificado, escleroso, com lóbulos nítidos e com a histologia bem característica, fibroblástica e óssea madura. Já a histologia do presente caso tem numerosas atipias e é mais celular do que o comum; em outro campo se vê neofor-mação óssea imatura e proliferação fibroblástica clássica do Osteossarcoma Justacortical. Às vezes, vemos osso muito mais maduro, laminar. Há também um aspecto fibromixóide, sem valor diagnóstico (Fig. 1-5 e 1-6).

Dr. Bitar — Em 1974, portanto 7 anos após a ressecção, foi feita nova radiografia (Fig. 1-7). Foram feitas radiografias freqüentes de campos pulmonares. A evolução clínico-radiológica é perfeitamente compatível com o diagnóstico.

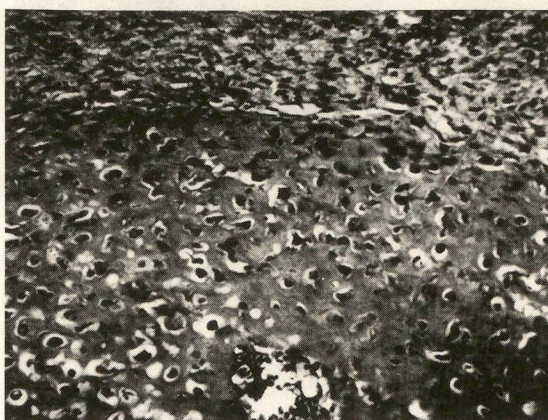


Fig. 1-5 - Aspecto microscópico. Neofor-mação óssea tumoral.

Prof. Schajowicz — Que aconteceu com a lesão da tíbia?



Fig. 1-6 - Aspecto microscópico. Zona fibroblástica.

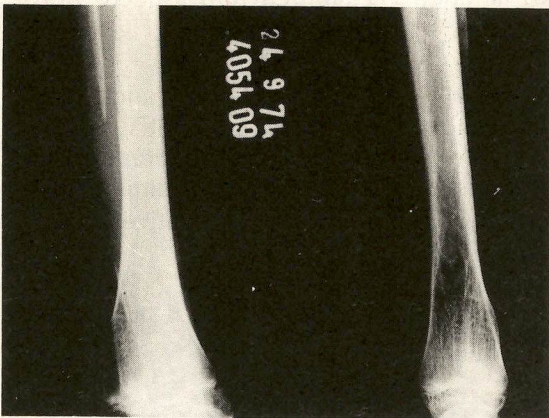


Fig. 1-7 - Radiografia após a 2ª cirurgia.

Dr. Bitar — Foi feita uma ressecção ao longo da tíbia e foi escorregado um enxerto, de modo que houve reconstituição total da tíbia.

Dr. Prates — Existe um Osteossarcoma com comportamento igual ao Osteossarcoma central, mas que não seja de partes moles, que seja periosteal? Existem autores que descrevem um Osteossarcoma periosteal de alta malignidade. Não é o Justacortical porque está no periósteo e é altamente maligno.

Prof. Schajowicz — É muito difícil, às vezes, dizer se esses tumores são periosteais ou parosteais. Eu acho que são parosteais.

São Fibrossarcomas ou Osteossarcomas de partes moles que invadiram secundariamente.

Dr. Consentino — O tratamento de escolha do Justacortical é uma ressecção local total da lesão que inclua partes moles. Depois disso, o tratamento é mais radical. Nunca se deve fazer uma ressecção parcial que leva quase sempre a uma recidiva. A ressecção deve incluir a musculatura que recobre o tumor.

Prof. Schajowicz — Este caso é bastante claro. Apenas o que chama atenção é a idade e o aspecto espiculado que, como disse Bitar, são diferentes do clássico Osteossarcoma Justacortical.

CASO II

Osteossarcoma Justacortical Gigante

Caso contribuído pelo Dr. J.C. Prates Campos (*)

Paciente do sexo feminino, com 17 anos de idade. Foi admitida ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto em outubro de 1965 com tumor enorme, comprometendo toda a coxa. Contava uma história, que não sabemos até que ponto pode ser fidedigna, de dor ao nível do joelho desde há um ano, desenvolvendo a partir de então esse tumor (Fig. II-1). O exame radiológico foi feito em três etapas, pois não havia no hospital um filme onde coubesse toda a lesão.

Dr. Brenner — Na porção distal, a articulação do joelho é muito mal visualizada porque o osso está bastante descalcificado. Vê-se também enorme destruição do osso, uma verdadeira explosão anárquica, com grande proliferação óssea em direção às partes moles, com algumas áreas radiotransparentes de permeio. O aspecto é de um tumor realmente muito agressivo. Parece que na porção proximal não existe invasão da esponjosa do osso. É um tumor osteoformador e, com essa história, eu teria que fazer o diagnóstico de Osteossarcoma. (Fig. II-2 e II-3).

(*) Rua Bernardino de Campos, 1426. Hospital São Lucas. Ribeirão Preto — SP.

Material recebido do Departamento de Ort. e Traumat. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina de Ribeirão Preto (Prof. J.P. Marcondes de Souza).

Dr. Azevedo — O senhor afasta, pela radiografia, a possibilidade de Angiossarcoma?

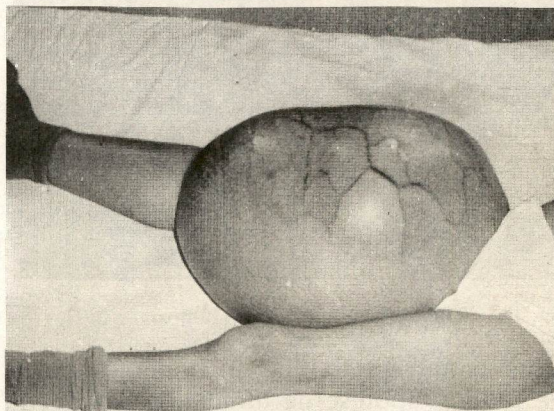


Fig. II-1 - Aspecto clínico.

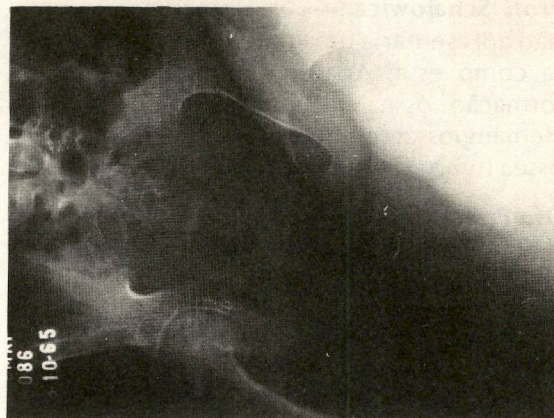


Fig. II-2 - Rx inicial. A parte branca à direita representa o tumor.

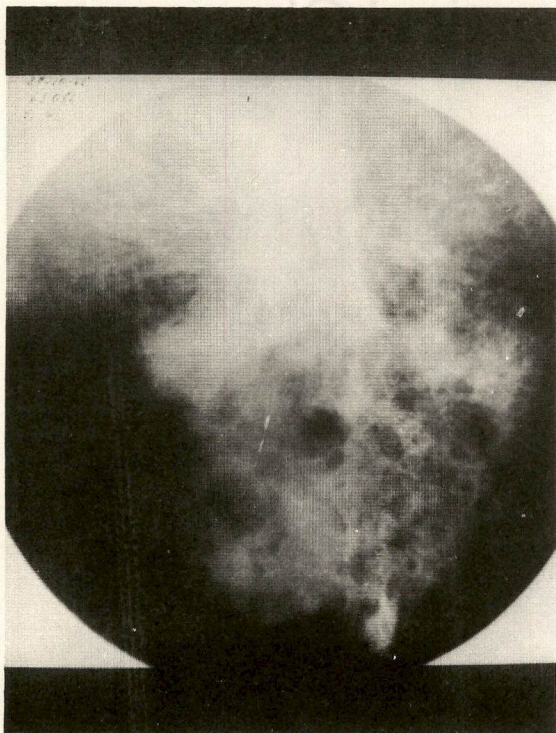


Fig. II-3 - Rx inicial. Parte média do tumor.

Dr. Brenner — Não. Eu não poderia afastar de todo a hipótese de tumor vascular, que também dá esse aspecto espiculado.

Prof. Schajowicz — O Hemangiossarcoma não apresentaria uma reação óssea tão intensa como essa. Aparentemente temos neoformação óssea reacional e tumoral e o Hemangiossarcoma não tem neoformação óssea tumoral e muito pouca reacional.

Dr. Prates — Diante da extensão da lesão, que ultrapassa nas partes moles a articulação coxo-femural, seria difícil fazer uma desarticulação, tendo sido feita uma hemipelvectomia. A primeira fotografia da peça mostra o seu aspecto externo, tendo sido seccionada abaixo da articulação do joelho. (Fig. II-4). A superfície de corte da lesão mostra as articulações coxo-femural e do joelho e a

lesão comprometendo as metáfises e a diáfise do fêmur. A radiografia da peça mostra estrias na intimidade da massa tumoral e rarefação do côndilo femural. (Fig. II-5).

Prof. Schajowicz — A histologia não está tão de acordo com o aspecto terrível da radiologia. Chama a atenção esse aspecto que parece quase uma displasia, com tecido ósseo tipo reticular em meio a tecido fibroso. São vistas algumas atipias celulares ao lado de trabéculas ósseas de aspecto maduro e isto nós achamos característico do Osteossarcoma Justacortical: proliferação fibroblástica ao lado de trabéculas ósseas bastante maduras. (Fig. II-6 e II-7). Este tumor não deve ter apenas 1, porém 3 a 4 anos de evolução, pois

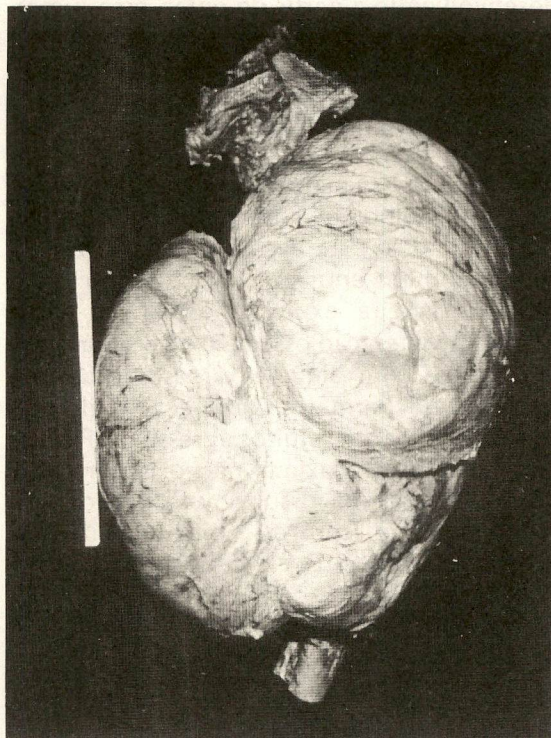


Fig. II-4 - Foto da peça. A régua tem 20 cm. Em cima hemi-pelve e art. coxo-femural. Em baixo, tíbia.

já destruiu extensas áreas de osso e se transformou em Osteossarcoma comum.

Dr. Prates — Cinco anos após a ressecção não havia sinal de recidiva e a paciente vive até hoje com uma prótese.

Dr. Consentino — Isso está de acordo com o diagnóstico histológico de Osteossarcoma Justacortical, sem grande malignidade, sem tendência a metastatizar. Um Osteossarcoma central não teria uma evolução destas.

Dr. Marsillac — Eu gostaria de fazer uma observação quanto à primeira fotografia que mostra que a paciente, apesar de portar um Osteossarcoma de proporções gigantescas,

tem um estado geral que me parece muito bom.

Prof. Schajowicz — Isto também está de acordo com o Osteossarcoma Justacortical.

Dr. Prates — Ela perdeu 30 kg de peso nos últimos 2 anos mas voltou a ser gorda depois da cirurgia.

Dr. Torloni — Quantos quilos ela perdeu com a retirada do tumor?

Dr. Prates — O tumor pesava mais de 20 kg.

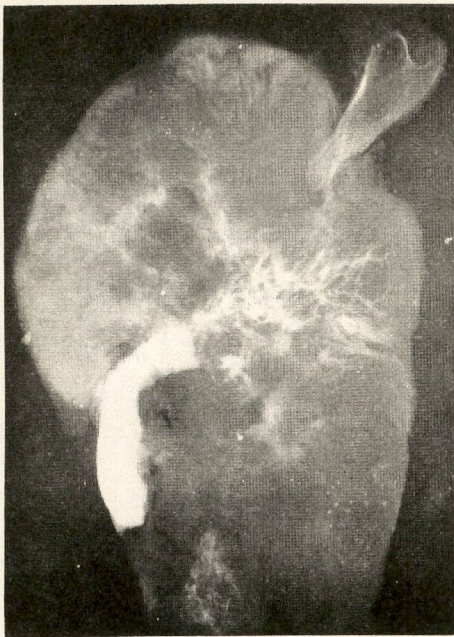


Fig. II-5 - Rx da peça.

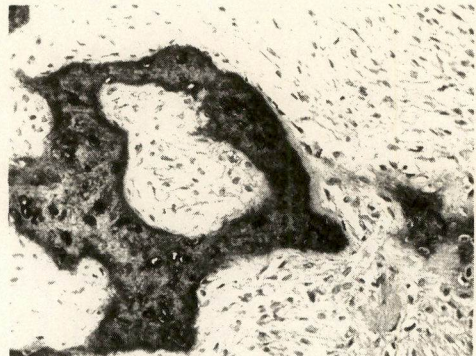


Fig. II-6 - Aspecto microscópico (neoformação óssea tumoral).

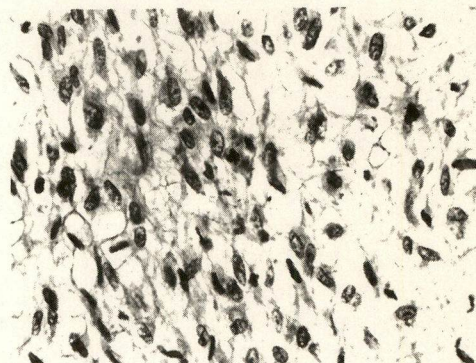


Fig. II-7 - Aspecto microscópico: zona fibroblástica.

CASO III

Osteossarcoma Telangiectásico

Caso contribuído pelo Dr. J.C. Prates Campos ()*

Trata-se de um homem de 27 anos, admitido em julho de 1967 com a seguinte história: dor no 1/3 inferior da coxa há três meses, sem sintomatologia geral e sem perda de peso. Ao exame físico não se verificava tumor visível, mas havia dor à palpação e aumento de temperatura local.

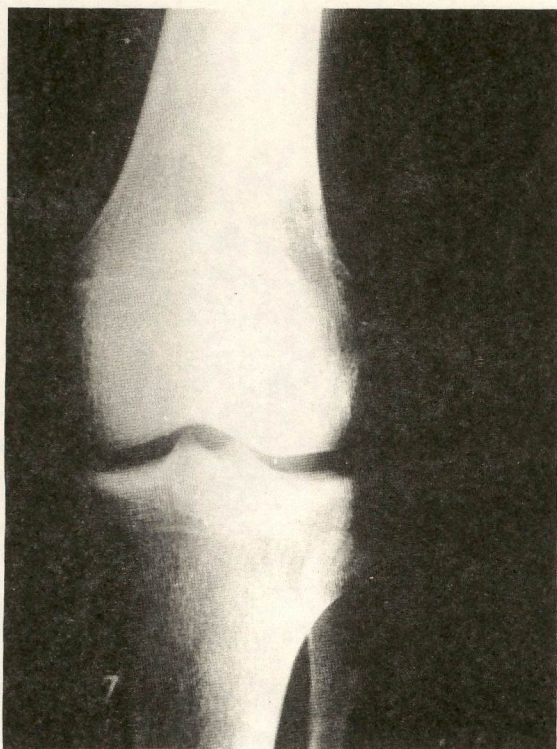


Fig. III-1 - Rx inicial.

Dr. Fausto — A radiografia em AP mostra uma imagem excêntrica de lise, mal delimitada, no 1/3 inferior do fêmur. A cortical é mal visualizada ao nível da união da metáfise com a epífise e se vêem pontos arredondados de maior transparência ao nível da lesão. Não são vistas as partes moles nesta radiografia. O perfil mostra que a lesão se situa posteriormente e a cortical de um dos lados parece normal. Não posso dizer se há um componente de partes moles e portanto não é possível dizer se a lesão é primitivamente óssea ou de partes moles invadindo o osso. (Fig. III-1)

Dr. Fernandes — Observa-se que a cortical está destruída em um ponto, o que nos levaria a pensar em malignidade. Porém ela me parece benigna e, como é metafisária, o primeiro diagnóstico que eu aventaria seria Fibroma Condromixóide.

Prof. Schajowicz — Um fibroma condromixóide teria um limite muito característico, escavado e ligeiramente escleroso. Esta lesão não tem limites nítidos. Não creio que, do ponto de vista radiológico, seja um fibroma

(*) Rua Bernardino de Campos, 1426. Hospital São Lucas. Ribeirão Preto — SP.

Material recebido do Depto. de Ortop. e Traumat. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina de Ribeirão Preto.

(Prof. J. P. Marcondes de Souza)

condromixóide. Esta lesão rompeu a cortical, é lítica, de limites imprecisos. Eu pensaria em primeiro lugar num Fibrossarcoma, que é a lesão mais comum com esse aspecto nessa zona.

Dr. Prates — Foi feita então uma biópsia e, diante do resultado, foi feita uma desarticulação.

Prof. Schajowicz — Na foto da peça vê-se uma zona meta-epifisária, mais metafisária, hemorrágica, que destruiu a cortical e compromete as partes moles. É muito difícil dizer se o tumor é de partes moles com invasão óssea ou ósseo com invasão de partes moles e isto é fundamental. Radiologicamente parecia primitivamente ósseo. Na fotografia da peça é mais difícil dizer (Fig. III-2).

Dr. Nany — Pela radiografia eu diria que é primitivo do osso. Gostaria de perguntar sobre aquelas pequenas áreas osteolíticas, o senhor lhes dá algum valor?

Prof. Schajowicz — À primeira vista não creio que tenham valor. Porém, se avaliarmos do ponto de vista de um tumor vascular, eles têm um significado, pois espaços vasculares dão esse aspecto.

Dr. Kalil — Em vista da radiografia e do tempo que se passou entre esta e a cirurgia, não seria mais lógico considerar que a lesão estava de fato contida no osso a princípio, como mostra a radiografia e que, com esse período que se interpôs, a lesão tenha invadido as partes moles, dando margem a confusão na macroscopia?

Prof. Schajowicz — É muito pouco tempo, 28 dias apenas.

Dr. Prates — Passemos à histologia que era igual na biópsia e na peça. O coágulo que se vê na peça é consequência da biópsia.

Prof. Schajowicz — Mas pode também ser devido ao próprio tumor, pois a histologia mostra grande número de capilares dilatados com o endotélio formado por células atípicas e, além disso, o estroma entre os vasos também é muito atípico, com atipias nucleares, mitoses, etc. Nós classificamos isso como um clássico Angiossarcoma, que é o tumor mais maligno entre os vasculares (Fig. III-3). Na classificação da O.M.S. nós separamos dois tipos de tumores malignos. Um tipo intermediário, o Hemangioendotelioma, quando prolifera o endotélio, que corresponde ao Hemangioendotelioma maligno, grau I, de Dahlin, ou quando prolifera o peritúlio, os pericitos, o Hemangiopericitoma. Porém, quando proliferam os dois tipos celulares nós classificamos como Angiossarcoma, que corresponde ao grau



Fig. III-2 - Peça da desarticulação (detalhe).

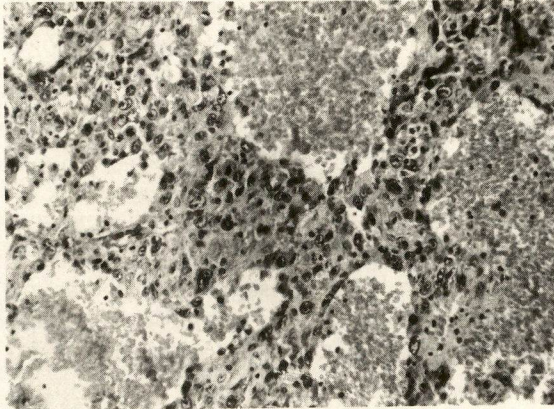


Fig. III-3 - 1ª Biópsia - 19-7-67.

III de Dahlin. Este tem um prognóstico muito desfavorável e metastatiza rapidamente por disseminação vascular. Muito importante na diferenciação de Hemangioendothelioma, Hemangiopericitoma e outros é a reticulina. Neste caso vemos que houve proliferação do endotélio e também por fora. Por isso, nos tumores vasculares temos que fazer uma reticulina, para ver se a proliferação é do endotélio, do peritério ou de ambos.

Dr. Brenner — Quero chamar a atenção que geralmente se faz uma radiografia para osso e se esquecem as partes moles. Há sempre a necessidade nesses casos de se fazer uma radiografia adequada para partes moles.

Prof. Schajowicz — Pergunto ao Dr. Prates se se palpava tumor nas partes moles.

Dr. Prates — Não havia tumor palpável nem visível. O paciente acusava apenas dor à palpação.

Prof. Schajowicz — Então é muito mais provável que seja um tumor intra-ósseo, o que é bastante raro.

Dr. Consentino — Sobre a evolução desses tumores: nós tivemos dois Hemangioen-

doteliomas que evoluíram com metástases ósseas e depois pulmonares.

Prof. Schajowicz — Vamos comentar isto que é muito importante porque todos os tumores vasculares, mesmo benignos como os Hemangiomas, podem ser multicêntricos. Os malignos dão metástases e podem também ser multicêntricos. Eu vi vários casos, especialmente Hemangioendotheliomas — deixemos de lado os Hemangiopericitomas, que são muito raros — que apresentaram focos múltiplos. É muito comum a ocorrência de focos multicêntricos na série vascular.

Dr. Nany — E quanto ao efeito da radioterapia nos Hemangioendotheliomas?

Prof. Schajowicz — Nós temos pouca experiência nesse sentido. Sempre que possível fazemos cirurgia.

Dr. Nany — O termo Hemangioendothelioma é aplicado nas formas mais variadas na patologia geral pelos mais diversos patologistas. A confusão é enorme. O senhor considera maligno esse tumor?

Prof. Schajowicz — Nós o classificamos no grupo intermediário ou indeterminado, um pouco mais para maligno. Não consideramos, em se tratando de osso, um Hemangioendothelioma Benigno como existe nas partes moles. Não chamamos de benigno ou maligno, apenas os classificamos no grupo indeterminado porque não podemos prever a evolução. De qualquer modo, de baixa malignidade. Stout também é da mesma opinião. Chama-os do mesmo modo que nós. Já vi metástases em casos de Hemangioendotheliomas considerados benignos. De maneira que é melhor deixar de lado os termos benigno e maligno e apenas chamar de Angiossarcoma aos francamente malignos.

Dr. Rossi — Quero perguntar se é indiferente uma amputação ou uma desarticulação neste caso em particular.

Prof. Rücker — Nós temos quase sistematicamente, nos tumores malignos dessa localização, onde se indica cirurgia radical, feito amputação intertrocântica, porque julgamos que não altera o prognóstico e facilita a adaptação da prótese.

Prof. Rossi — É exatamente esse comentário que eu queria fazer, porque o paciente, depois que se desarticula, vai se tornar um "sentador" e a conservação do trocânter facilita muito os cuidados de higiene, etc.

Prof. Schajowicz — Este é um tumor vascular e não temos experiência quanto ao tipo de propagação desses tumores pelo canal medular, se tem importância ou não. Enneking acredita que o Osteossarcoma dá comumente "skip metastasis" pela medular, isto é, metástases muito acima do local da lesão e por isto recomenda a desarticulação. Nós achamos que se deve amputar alto. Em Angiossarcoma, porém, não temos experiência e não sabemos de ninguém com experiência que afirme que o Angiossarcoma se propague pelo canal medular. Entretanto, pode existir um foco mais acima não visível na radiografia mas não se pode afirmar nada. Neste caso, vendo nada mais que esta lesão, está indicada uma amputação alta e não uma desarticulação.

Dr. Prates — O paciente sobreviveu cinco anos voltando então ao hospital com uma metástase no lobo superior do pulmão direito (Fig. III-4). Dois anos mais tarde, ele voltou com outra metástase no lobo inferior do pulmão esquerdo (Fig. III-5). Quanto à primeira metástase, foi irradiada e feita lobectomia superior direita. A histologia deste material mostrou grandes áreas de necrose e algumas áreas evidentes de calcificação ou talvez de ossificação (Fig. III-6). Foi também feita lobectomia inferior esquerda sete anos após a lesão inicial do fêmur e a histologia mostrou aspecto de osteossarcoma. Como ficamos agora?

Prof. Schajowicz — Isto começa a ficar muito interessante. Eu gostaria de saber se o tumor primitivo foi estudado em toda sua extensão.

Dr. Prates — Fiz inúmeros cortes, encontrando muita hemorragia e processo de reparação porque a cirurgia foi feita 28 dias após a biópsia. Examinei fora dessas áreas e em nenhum lugar consegui demonstrar, no tumor primitivo, células com potencialidade osteoformadora, como foi visto na metástase.

Prof. Schajowicz — Isto é interessante pela seguinte razão: existe, como todos sabem, uma forma telangiectásica do Osteossarcoma, muito rica em vasos e de prognóstico

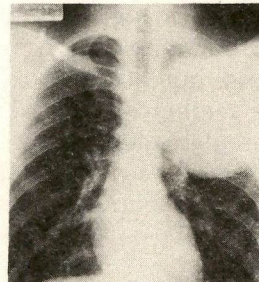


Fig. III-4 - 1ª metástase - 15-9-72.

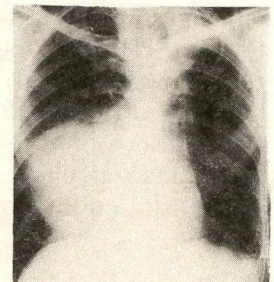


Fig. III-5 - 2ª metástase - 19-8-74.

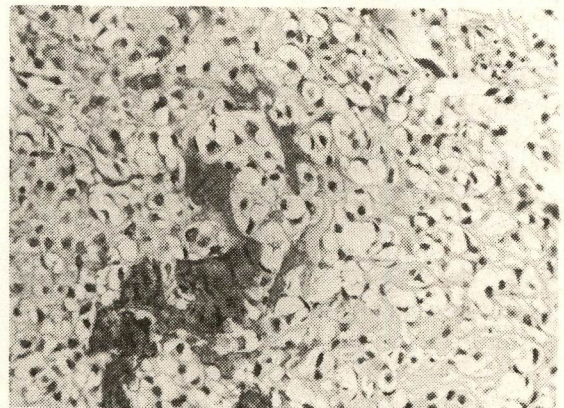


Fig. III-6 - 2ª metástase (aspecto de osteossarcoma).

muito mais desfavorável. Temos mais dados sobre a evolução?

Dr. Prates — O paciente desenvolveu mais metástases bilaterais e já morreu.

Prof. Schajowicz — A metástase é evidentemente de Osteossarcoma. De modo que temos duas possibilidades: a de um tumor vascular que parece um Angiossarcoma mas que tem alguma zona osteoformadora que não foi vista nos preparados histológicos, tratando-se então de um Osteossarcoma tipo telangiectásico que deu metástases pulmonares muito tardias, o que é raro nesse tipo de tumor; ou então trata-se de um Angiossarcoma que se transformou em um Osteossarcoma e isto eu nunca vi descrito nem mencionado. Acredito mais na primeira hipótese, a de um Osteossarcoma Telangiectásico com metástases pulmonares tardias. Em todo caso, é realmente fora do comum.

Dr. Prates — Essa foi a interpretação que nós demos. Antes das metástases aparecerem eu apresentei o caso em várias reuniões de patologistas, de radiologistas e de ortopedistas com o diagnóstico de Hemangioendotelioma e este foi sempre aceito. Como eu tive que retificar o meu diagnóstico, em vista da evolução, estou rerepresentando o caso para mostrar que realmente a evolução veio evidenciar que provavelmente se tratava de um Osteossarcoma Telangiectásico desde o início e que eu não tive a sorte de encontrar um pequeno foco, que provavelmente deveria existir, de tecido osteoformador na lesão primária.

Dr. Nany — Se não me engano, foi falado que o nódulo pulmonar direito tinha sofrido radioterapia prévia.

Dr. Prates — A primeira vez, sim.

Dr. Nany — Não poderia então ser a alteração causada pela radioterapia prévia?

Prof. Schajowicz — Tem razão a doutora em levantar essa hipótese mas a histologia da lesão do lado esquerdo, que não sofreu radioterapia, também tem aspecto de Osteossarcoma.

Dr. Prates — E para ser um Osteossarcoma secundário à radioterapia, o tempo é muito curto: a radioterapia foi feita apenas dois anos antes.

Prof. Schajowicz — Não creio. A ossificação pode aparecer rapidamente. A transformação de um tumor benigno em maligno, esta sim, demora anos.

Dr. Prates — Eu me refiro à transformação tumoral porque, para mim, é tipicamente um Osteossarcoma.

Dr. Torloni — Não valeria a pena discutir a possibilidade de potencialidades da célula que mostrou, na localização primária, tendência para diferenciação vascular e, na metástase mostrou a outra potencialidade que é, no caso, a formação óssea?

Prof. Schajowicz — Não é má idéia. É uma teoria de Trueta, que osteoblasto é originário de células endoteliais indiferenciadas. Não se pode negar a possibilidade, mas até agora nada se publicou sobre isto em se tratando de tumores. Podem-se fazer várias hipóteses, mas um Angiossarcoma, que na metástase apresentou uma metaplasia ou neoformação óssea tumoral, para nós é desconhecido. Mas, de qualquer modo, este é realmente um caso fora do comum.

Dr. Campos da Paz — Para alimentar a sua polêmica, Dr. Torloni, eu queria lembrar que o Prof. Trueta, com quem eu também ti-

ve o privilégio de trabalhar, baseou os seus estudos, de transição de célula endotelial indiferenciada em osteoblasto, em microscopia eletrônica e, no seu último livro, ele reproduz sua idéia original. O senhor, porém, Professor, considera isso uma questão ainda em aberto?

Prof. Schajowicz — Não creio que uma célula tão bem diferenciada como o é a célula endotelial possa se desdiferenciar e, daí, originar osteoblasto.

Dr. Bitar — Eu perguntaria ao Dr. Brenner se, em face da microscopia, ele faria uma interpretação da radiografia encaminhando o diagnóstico.

Dr. Brenner — O aspecto radiográfico da lesão não favorecia o diagnóstico de Osteossarcoma porque não existia formação de osso. Havia ruptura da cortical, era um tumor evidentemente maligno, mas intei-

teiramente lítico que poderia ser um Fibrosarcoma como bem falou o Prof. Schajowicz, ou poderia ser um outro tumor de partes moles. Um tumor como Osteossarcoma tipo fibrogênico também entraria em consideração, mas me parece que a lesão não era tão agressiva como são esses tumores.

Prof. Schajowicz — Mas o tipo telangiectásico é puramente osteolítico, não fazendo falta, isto é, pode não se encontrar nenhuma neoformação óssea nesse tumor, predominando a grande vascularização. De modo que esta radiografia é perfeitamente compatível com Osteossarcoma Telangiectásico.

Gostaria de saber do Prates como terminou este caso.

Dr. Prates — Depois da última lobectomia, sete anos depois da cirurgia inicial, o paciente desenvolveu metástases pulmonares generalizadas e morreu antes de completar oito anos de sobrevida. Não foi feita necropsia.

CASO IV

Osteossarcoma de Crânio

Caso contribuído pelo Dr. J. C. Prates Campos (*)

Trata-se de uma paciente de 20 anos de idade, do sexo feminino. A história diz que há cinco meses notou pequeno tumor na região parietal direita que vem aumentando progressivamente de tamanho. Ao exame físico havia um abaulamento de consistência dura na região temporal direita. Seu estado geral era bom.

Dr. Brenner — Na incidência frontal nota-se um aspecto irregular da tábua externa, com aumento de partes moles, onde se podem identificar imagens de maior densidade, com aspecto espiculado radiado, difuso, sem uma delimitação nítida. Não parece existir grande alteração da tábua interna. (Fig. IV-1)

Dr. Fernandes — O que nós temos visto freqüentemente em termos de lesão craniana é metástase de carcinoma de tireóide. Não sei se a doente teria alguma lesão de tireóide. Acho também que a possibilidade de Sarcoma de Ewing deve ser considerada.

Dr. Consentino — Em lesões espiculadas do crânio poder-se-ia pensar em lesão benigna

(*) Rua Bernardino de Campos, 1426. Hospital São Lucas. Ribeirão Preto — SP.

Material recebido do Serv. de Neurocirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto (Dr. Newton Latuf).

somente no caso do Hemangioma. Porém, este tem um aspecto invasivo e agressivo e a gente não pode afastar Fibrossarcoma e Osteossarcoma.

Prof. Schajowicz — Nestes casos de lesão em raios-de-sol do crânio, deve se pensar

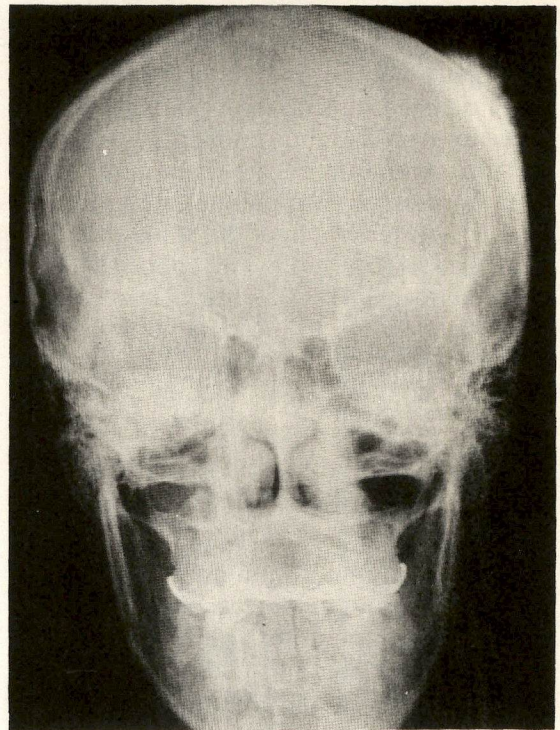


Fig. IV-1 - Rx inicial.

sempre em três diagnósticos. Primeiro o Hemangioma, o chamado "sunrise skull" dos americanos, cuja localização craniana é a segunda em frequência, vindo depois da coluna vertebral. O segundo diagnóstico é Osteossarcoma, que é pouco freqüente no crânio, quase excepcional. Em terceiro, e de que muita gente se esquece, é a penetração intracraniana do Meningioma, que dá também o aspecto característico em raios-de-sol, foi estudado por Bernstein. São estes os três diagnósticos que se devem ter em mente. Outro tumor maligno seria muito raro. Uma metástase de tireóide é puramente osteolítica e não daria esse aspecto espiculado.

Dr. Prates — Foi feita uma biópsia cuja histologia é igual à da peça retirada depois. Foi feita ressecção de parte do parietal. A radiografia da peça mostra que a textura óssea fora da lesão está normal, não havendo nenhuma lesão subjacente tipo Doença de Paget e não há história de irradiação. O perfil da peça mostra aquela espiculação na tábua externa e a tábua interna é lisa (Fig. IV-2). A fotografia da peça mostra, à direita, o fragmento ósseo visto pela sua superfície externa e, à esquerda, o tumor que estava invadindo as partes moles sobreposto a esta parte óssea (Fig. IV-3). Vista pela superfície interna, o tumor ultrapassa também a tábua interna, porém muito menos do que a tábua externa (Fig. IV-4).

Prof. Schajowicz — Não foi vista nenhuma relação com a meninge?

Dr. Prates — Junto com a peça foi recebido um pequeno fragmento de duramater que apresentava um orifício, mas o restante dessa membrana era normal. Isto é, o tumor parecia vir do osso e perfurar a duramater, mas não se originar da duramater. Quanto à histologia, é um tumor mesenquimal com

neoformação de tecido cartilaginoso e de tecido ósseo tumoral, de modo que nosso diagnóstico foi de Osteossarcoma do osso parietal. A evolução deste caso foi má, tendo a paciente voltado a sua terra. Mais tarde recebi novo material do neurocirurgião dessa cidade; já apresentava então invasão cerebral.

Prof. Schajowicz — O importante é que a maior parte do tumor era de proliferação cartilaginosa e existe grande formação óssea reacional. Este seria um Osteossarcoma do tipo condroblástico de Dahlin. Histologicamente, pode-se discutir se é um Osteossarcoma ou um Condrossarcoma. Teoricamente, este não deve existir no crânio, pois

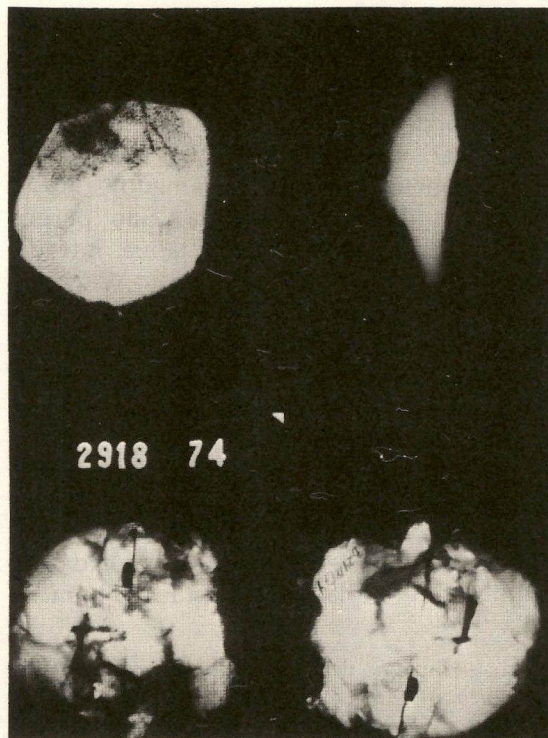


Fig. IV-2 - Rx da peça. Calota óssea. (frente e perfil) em cima; partes moles com calcificação em baixo.

se forma por ossificação direta. Existem aqui áreas de cartilagem calcificada que não se devem confundir com osso. Há zona tipicamente condrossarcomatosa que predomina sobre a área de osteossarcoma, de modo que este é um tumor que se deve examinar bem antes de dar o diagnóstico (Figs. IV-5 e IV-6).

Dr. Brenner — Metástases cranianas de Neuroblastoma em crianças não dão também aspecto espiculado?

Prof. Schajowicz — Em crianças sim, mas não nesta idade.

Dr. Bitar — Na sua estatística, Prof. Schajowicz, qual a incidência de Osteossarcoma de crânio?

Prof. Schajowicz — Tenho apenas um caso.

Dra. Nany — Essas áreas cartilaginosas lembram o Osteossarcoma Justacortical. O senhor chamaria de Justacortical ou de Osteossarcoma comum?

Prof. Schajowicz — Com este tamanho, invasão e evolução de muitos anos que ela conta, é difícil dizer. Como sabemos, o Osteossarcoma Justacortical acaba sempre em Osteossarcoma comum.

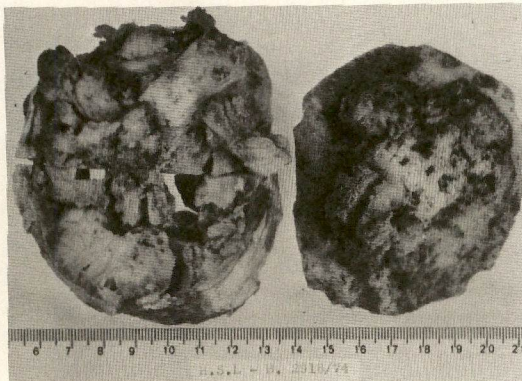


Fig. IV-3 - Foto da peça: calota óssea à direita e massa de partes moles subcutânea à esquerda.

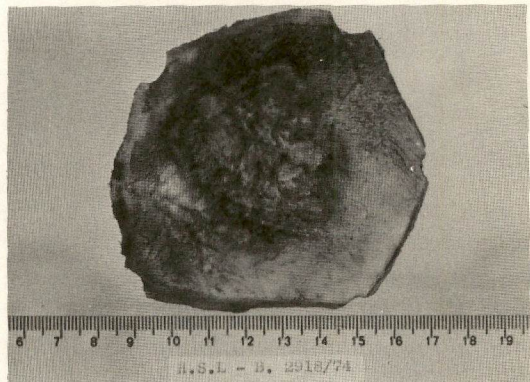


Fig. IV-4 - Foto da peça: calota óssea (superfície endocraneana).

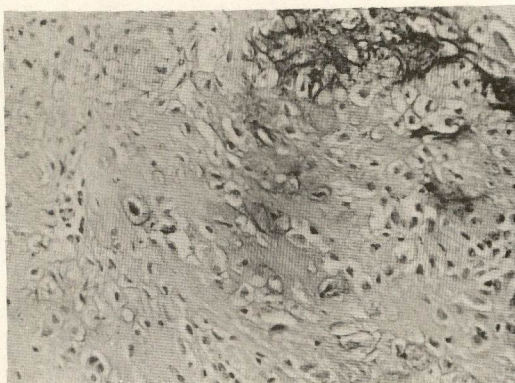


Fig. IV-5 - Aspecto microscópico: área condroblástica com calcificação.



Fig. IV-6 - Aspecto microscópico: reticulado osteóide.

CASO V

Osteoblastoma de Crânio

Caso contribuído pelo Dr. J.C. Prates Campos ()*

Trata-se de um caso de lesão craniana do qual nós recebemos a seguinte informação: Paciente do sexo feminino, de 34 anos de idade, que apresentava um tumor de consistência firme e de aumento progressivo na região temporal direita.

Não sabemos por quanto tempo.

Dr. Brenner — Há uma zona mais vascularizada na região temporal direita, arredondada, com algum rechaço de vasos em torno dessa área.

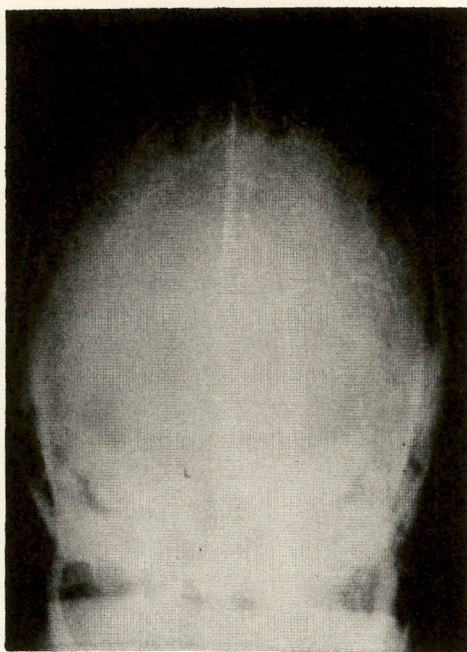


Fig. V-1 - Rx de crânio (arteriografia fase venosa tardia). Tumor ósseo na região temporal direita.

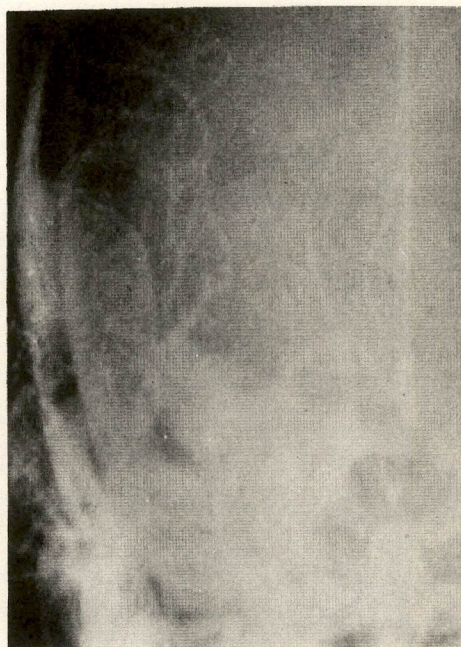


Fig. V-2 - Arteriografia mostrando a circulação própria do tumor.

Dr. José Luis Furtado (Neuroradiologista) — Existe uma lesão esclerótica que mostra mesmo rechaço dos vasos, na arteriografia. Parece existir também crescimento externo da lesão. (Figs. V-1 e V-2)

(*) Rua Bernardino de Campos, 1426. Hospital São Lucas. Ribeirão Preto — SP.

Material recebido do Serv. de Neurocirurgia da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto (Dr. Newton Latuf).

Dr. Prates — Foi feita uma biópsia e posteriormente a ressecção da lesão. O exame histológico é o mesmo nos dois materiais.

Prof. Schajowicz — Vê-se uma ativa neoforção de osso imaturo, parcialmente calcificado, cercado de osteoblastos e alternando-se com alguns osteoclastos. Predomina a parte óssea sobre a parte medular, explicando o aspecto condensante da radiografia. Não vejo atipias celulares. Parece, portanto, um tumor osteoformador benigno, que se classifi-

caria como Osteblastoma Benigno ou Osteoblastoma genuíno, com esse tamanho, sem esclerose periférica, etc. (Figs. V-3 e V-4)

Dr. Prates — O diagnóstico que nós fizemos foi de Osteoblastoma também.

Prof. Schajowicz — É uma localização muito pouco freqüente, digamos, excepcional do Osteoblastoma. Não me lembro de, em nossa estatística, haver um caso de localização craniana.

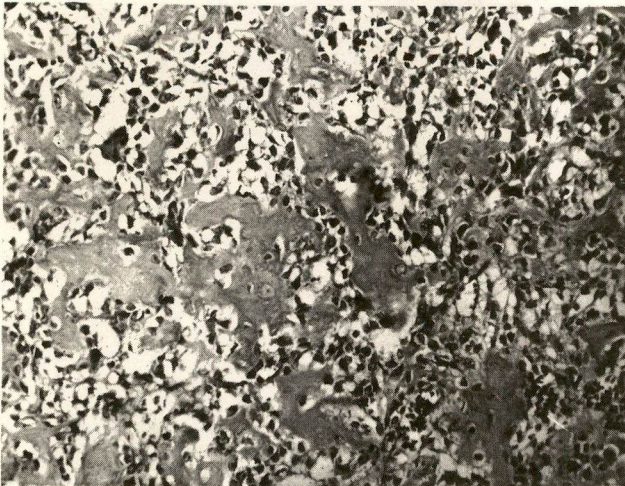


Fig. V-3 - Aspecto microscópico.

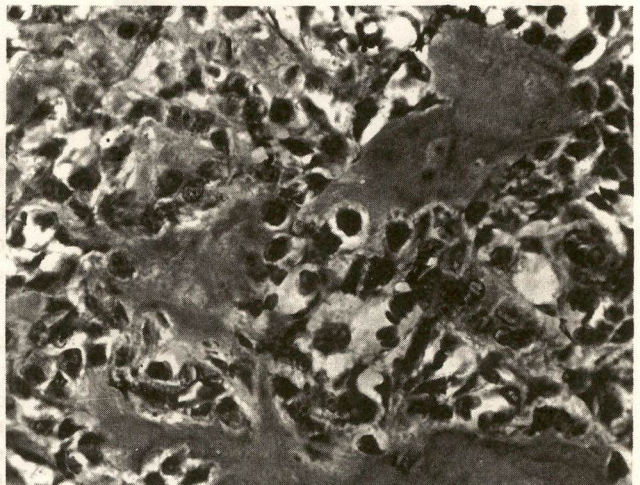


Fig. V-4 - Aspecto microscópico maior aumento.

CASO VI

Osteoblastoma de Corpo Vertebral

Caso contribuído pela Dra. Nany Renzo B. de Oliveira (*)

Paciente com 17 anos de idade, com história de dor lombar há 11 anos que foi atribuída à escoliose que ele tinha.

Dr. Brenner — A radiografia mostra realmente a escoliose, mas observa-se um tecido ósseo anormal, uma certa deformidade do corpo vertebral, existindo uma área lítica, com corrosão posterior do corpo vertebral, havendo também, erosão do pedículo e da apófise inferior (Fig. VI-1 e VI-2).

Prof. Lazzareschi — Com essa evolução nessa idade, eu lembraria um Osteoblastoma.

Prof. Schajowicz — Quando se vê uma escoliose e, na concavidade da escoliose, uma lesão tumoral, o primeiro diagnóstico que se pensa é mesmo um Osteoblastoma.

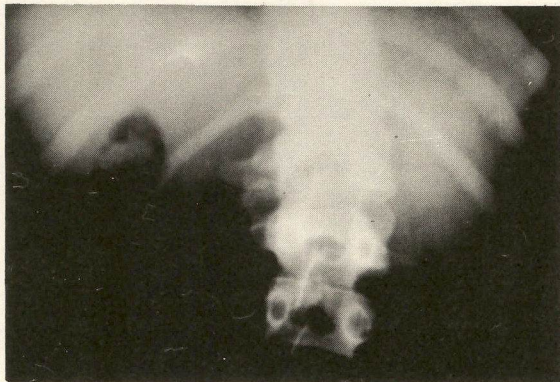


Fig. VI-1 - Radiografia pré-operatória ântero-posterior.



Fig. VI-2 - Radiografia pré-operatória em perfil.

Dra. Nany — Foi então realizada uma punção-biópsia.

(*) Depto. de Ortop. e Traumat. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina da USP (Prof. Flávio Pires de Camargo). Material recebido do Dr. Mário Andreucci.

Prof. Schajowicz — E com bom resultado, pois permite fazer o diagnóstico perfeitamente, sem nenhuma dúvida. Vêem-se trabéculas de osteóide imaturas, ligeiramente calcificadas, com osteoblastos na periferia e a medula rica em vasos sangüíneos. É o aspecto clássico do Osteoblastoma.

Dra. Nany — O caso foi então operado. O tumor tinha mais ou menos três centímetros no maior diâmetro, de coloração vermelhovinhosa.

Prof. Schajowicz — Aqui está um exemplo de que não se pode diferenciar Osteoblastoma de Osteoma Osteóide. Ambos são tumores formadores de osso, com numerosos osteoblastos alternando-se com osteoclastos. A localização é bastante freqüente para esse tumor. (Fig. VI-3 e VI-4)

É mais um exemplo de que a punção-biópsia deve ser tentada sempre que possível, pois o cirurgião vai para a cirurgia definitiva já com o diagnóstico.

Dra. Nany — Parece que a grande dificuldade no Osteoblastoma é o grande sangramento. Para mim parecem existir diferenças histológicas entre o Osteoblastoma e o Osteoma Osteóide. Este último parece mais

organizado, enquanto que no primeiro existem massas densas de osteóide, dando uma impressão mais desorganizada. No Osteoma Osteóide parece existir uma espécie de zoneamento, comparando-se ao que acontece na Miosite Ossificante.

Prof. Schajowicz — Você pode encontrar, no Osteoma Osteóide, uma zona central bem calcificada e menos talvez no Osteoblastoma, porque este tem mais possibilidade de crescer para a periferia e não há tempo para haver essa maturação que se produz no centro do Osteoma Osteóide, às vezes. O Osteoblastoma, como não tem a esclerose periférica, cresce mais e é imaturo. Isto é, eu creio que a explicação está na localização, intracortical, subcortical ou intra-esponjosa.

Dra. Nany — Este paciente está com dois anos de evolução e não tem mais tumor aparente, mas ainda tem a escoliose. O que se deve fazer se o tumor recidivar?

Prof. Schajowicz — Deve ser feita uma excisão mais ampla. Se não for operável, pode-se tentar a radioterapia. Mas eu preferiria fazer outra excisão, se fosse possível. Se se optar pela radioterapia, usar uma dose baixa.

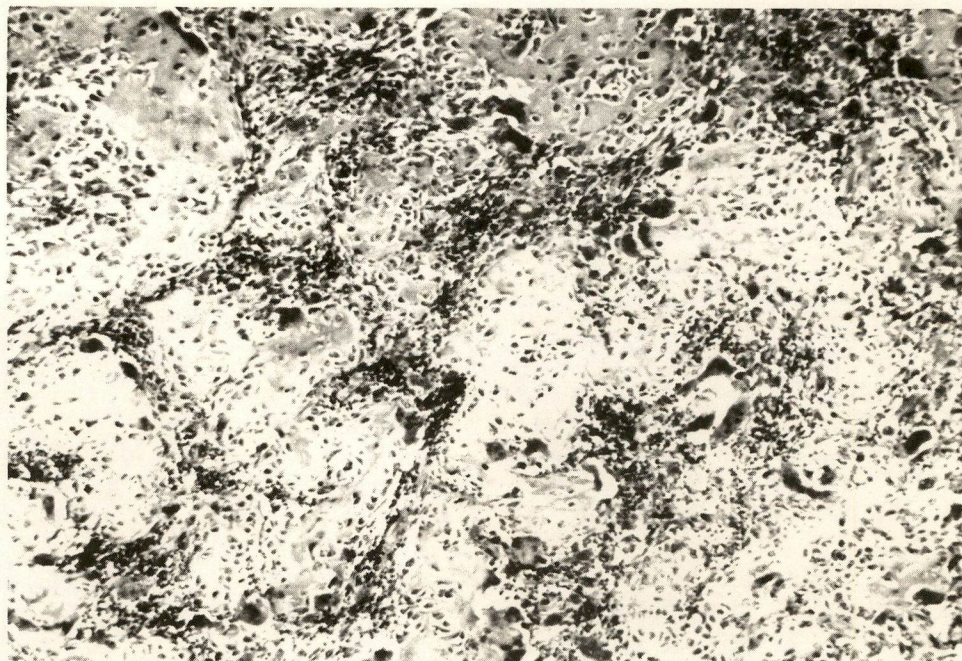


Fig. VI-3 - Microfotografia da peça cirúrgica. Médio aumento.

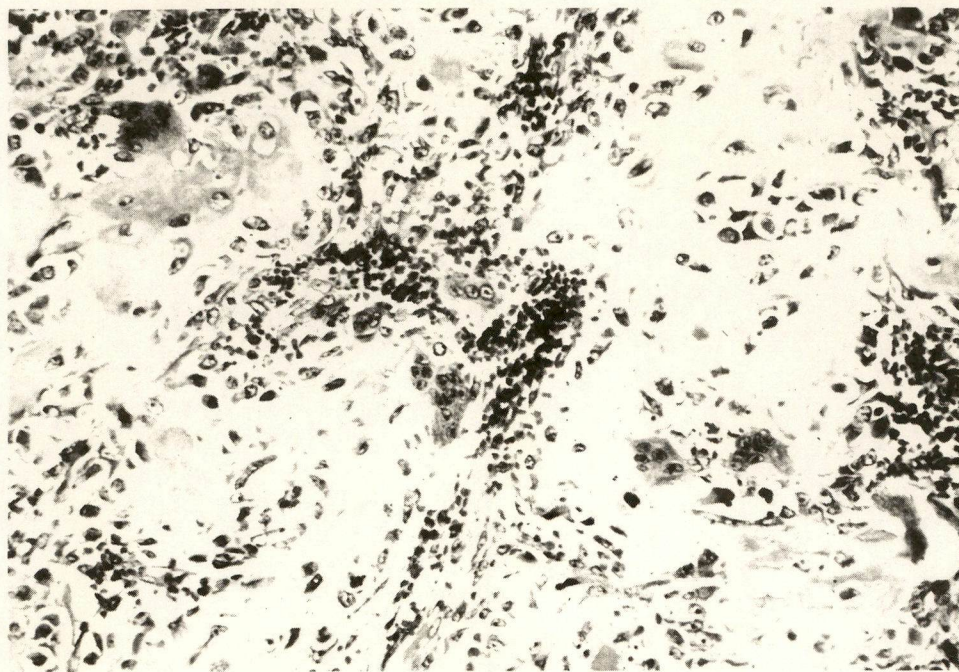


Fig. VI-4 - Microfotografia da peça cirúrgica. Grande aumento.

CASO VII

Osteoblastoma do Carpo

Caso contribuído pela Dra. Nany Renzo B. de Oliveira ()*

Paciente do sexo masculino, solteiro, branco, com 18 anos de idade. Há três anos apresentou dor súbita no punho direito, sem antecedentes de trauma local, que se intensificou com o passar dos dias. Após 10 dias, começando a ficar inchado o local, procurou médico que colocou gesso e posteriormente fez aplicações de banho de luz. Há 2 anos não faz tratamento algum, estando com limitação de movimentos do punho e dor aos esforços.

Exame físico: aumento de volume do dorso do punho, com desvio cubital da mão, sem rubor. A palpação verifica-se aumento de volume duro, muito doloroso, com discreto aumento de temperatura local. Limitação dos movimentos do punho. Havia uma diminuição global da força da mão, com conservação de todos os movimentos. Houve um diagnóstico prévio de Necrose Asséptica.

Dr. Brenner — A radiografia em AP mostra os ossos do carpo fundidos e pinçamento da articulação radio-escafoide-ulnar. A radiografia mais penetrada mostra que isso se deve a uma massa dorsal muito densa, que se projeta sobre as articulações e apaga-as. (Fig. VII-1)

Prof. Schajowicz — É uma lesão condensante que ultrapassa os limites do grande osso e do ganchoso e de limites imprecisos. Não existe Necrose Asséptica com esses limites.

Prof. Lazzareschi — Parece que se trata de uma lesão benigna porque não há comprometimento dos ossos vizinhos.



Fig. VII-1 - Rx inicial:

Prof. Schajowicz — A microscopia mostra a cortical adelgada. Não há uma esclerose plurifocal, porém, toda a lesão está densa, com trabéculas ósseas em parte ainda imaturas e em parte maduras e espaços medulares muito estreitos. Continua havendo aposição ativa e reabsorção óssea. É um Osteoblastoma de longa evolução que atingiu uma grande condensação. A lesão é bastante madura, mas existe ainda ativa formação óssea, osteoblastos, osteoclastos e uma medula

(*) Depto. de Ortop. e Traumat. do Hospital das Clínicas da Fac. de Medicina da USP. (Prof. Flávio Pires de Camargo).

hiperêmica com abundantes capilares. (Fig. VII-2, VII-3 e VII-4). No carpo, que tem limites muito reduzidos, a lesão não tem possibilidade de se expandir muito, como nas vértebras. A lesão amadureceu, provocou dor devido à grande hiperemia, mas não acredito que fosse crescer muito mais se se a houvesse deixado. A operação que deve ser feita é a extirpação total.

Dra. Nany — O osso foi extirpado e enviado como Necrose Asséptica. O diagnóstico histológico foi de Osteoblastoma. Tem algum significado especial o achado de osso imatu-

ro, tendo em vista que, na medula, esse tumor às vezes cresce penetrando no canal?

Prof. Schajowicz — Não, porque o aspecto dos osteoblastos é normal, os osteoclastos são típicos. Temos visto, às vezes, no Osteoblastoma, osteoblastos com núcleos grandes, lobulados, mas que não têm maior significação com respeito ao prognóstico. Pode-se também encontrar, no centro da lesão, um aspecto pagetóide muito irregular, que também pode ser visto no Cementoma do maxilar, mas que não significa nada.

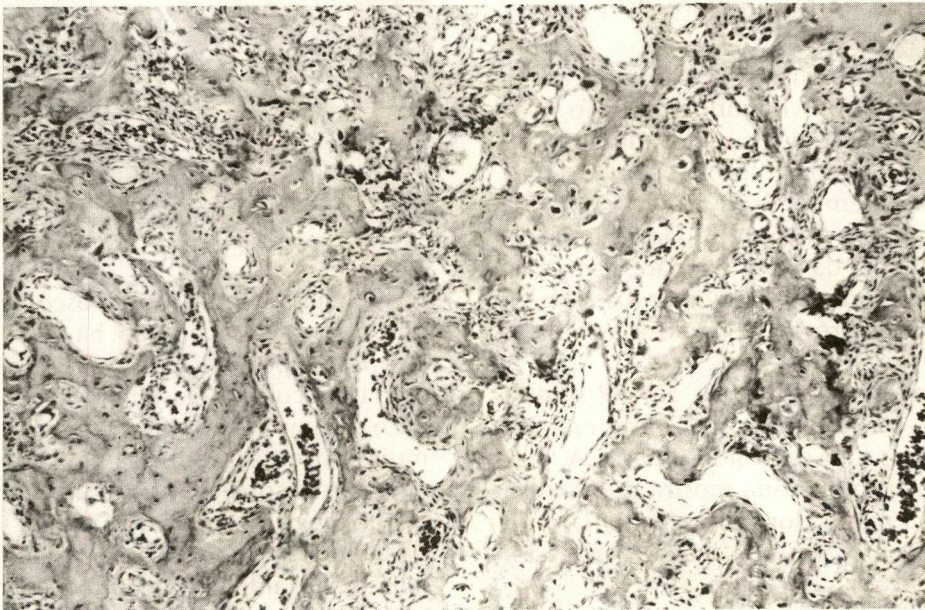


Fig. VII-2 - Aspecto microscópico. Médio aumento.

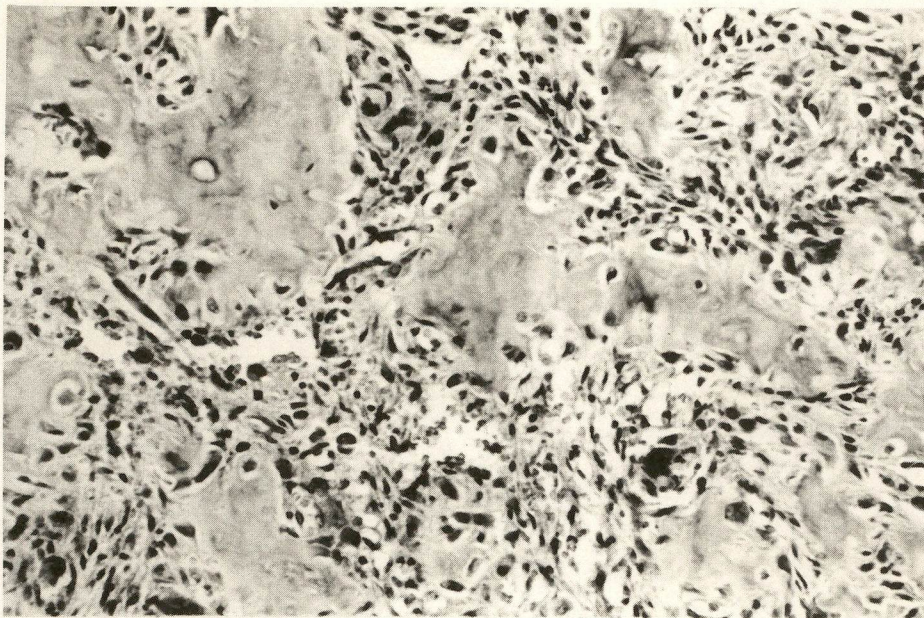


Fig. VII-3 - Aspecto microscópico. Grande aumento.



Fig. VII-4 - Aspecto microscópico. Médio aumento.

CASO VIII

Condroma de Úmero

Caso contribuído pelo Dr. Jayme B. de Marsillac ()*

Paciente do sexo feminino, de 39 anos de idade, que começou com dor no ombro direito após uma queda e, com suspeita de fratura, fez-se uma radiografia.

Dr. Brenner — Há uma lesão logo abaixo da cabeça umeral, bem delimitada, com contornos escleróticos, mostrando calcificação nítida

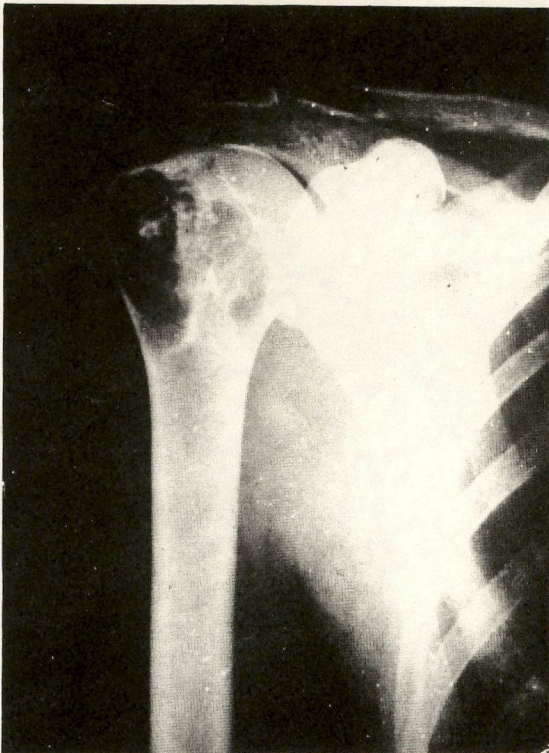


Fig. VIII-1 - Rx inicial.

da no seu interior. Está contida dentro dos limites ósseos (Fig. VIII-1).

Prof. Rücker — Pelas calcificações parece uma lesão cartilaginosa, provavelmente um Fibroma Condromixóide.

Prof. Lazzareschi — Acho que é um Condroblastoma, pois é epifisário.

Prof. Schajowicz — Descartando-se o Condrossarcoma, resta ainda o Condroma que não foi falado.

Dr. Marsillac — Foi realizada uma curetagem com finalidade diagnóstica e terapêutica, tendo sido encontrada uma massa esponjosa ocupando toda a cabeça do úmero.

Prof. Schajowicz — Na histologia vemos cartilagem madura, calcificada em algumas áreas, com condrócitos típicos. Trata-se de um Condroma. (Fig. VIII-2). Posso perguntar por que não foi feita uma punção ou uma biópsia pequena?

Dr. Marsillac — Não há experiência nem da Anatomia Patológica, nem dos cirurgiões na prática de punção-biópsia. Todas as biópsias em nosso hospital são cirúrgicas.

Ao fazer a biópsia do tumor e encontrando uma massa esponjosa, eu me senti encoraja-

(*) Chefe da Seção de Tecidos Ósseos e Conjuntivos, em colaboração com Dr. Onofre Castro, Chefe do Serviço de Anatomia Patológica. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro - RJ.

do a fazer uma curetagem de esvaziamento da cavidade, com colocação de fragmentos ósseos de vários tamanhos. Isto aconteceu um ano atrás. Nós temos acompanhado o caso e confessamos que temos preocupação quanto à sua evolução.

Dr. Brenner — Existem, realmente, algumas zonas líticas nas radiografias da evolução (Fig. VIII-3, VIII-4 e VIII-5).

Prof. Rücker — A meu ver isto caminha para uma ressecção segmentar.

Prof. Schajowicz — Também acho. Mas não custa nada fazer uma punção para ver se é recidiva, que tipo de recidiva, e fazer uma ressecção segmentar com mais tranqüilidade. Não são aconselháveis curetagens em lesões cartilaginosas, mas sim a ressecção total da lesão.

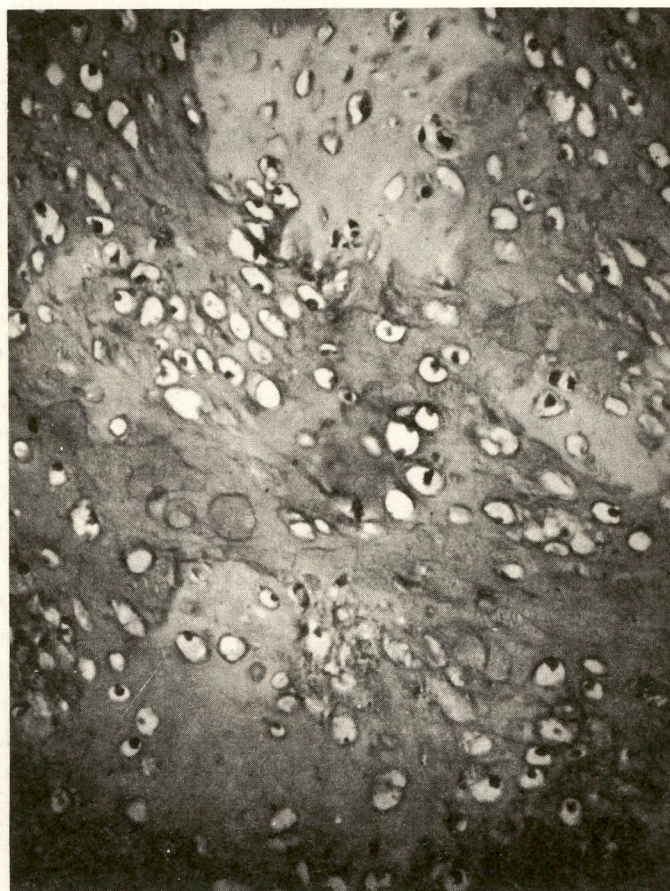


Fig. VIII-2 - Aspecto microscópico. Grande aumento.



Fig. VIII-3 - Rx pós-operatório imediato.

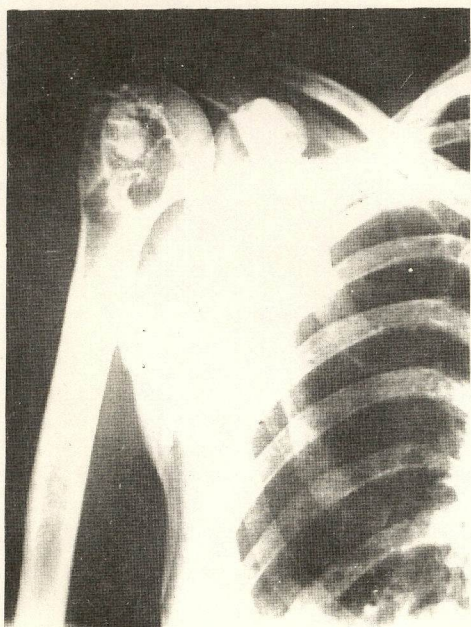


Fig. VIII-4 - Rx pós-operatório tardio.

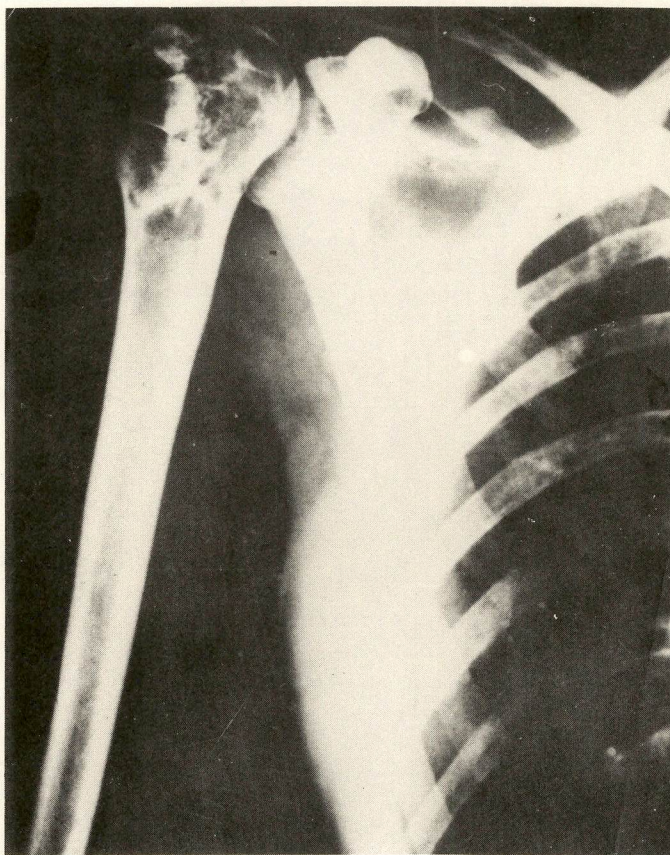


Fig. VIII-5 - Rx pós-operatório tardio.

CASO IX

Condroblastoma de Úmero, Forma Cística

Caso contribuído pelo Dr. Ricardo K. Kalil ()*

Paciente do sexo feminino, com 24 anos de idade. Há 6 meses apresenta dor progressiva e constante no ombro direito, sem relação com trauma ou esforço físico. Fosfatase alcalina: 16,5 U.K.A. Cálcio e fósforo normais.

Dr. Brenner — Houve uma grande alteração da extremidade proximal do úmero, com predomínio de áreas de radiotransparência ao lado de área de esclerose na porção interna da lesão. Existe grande deformidade da cabeça umeral e nota-se também uma solução de continuidade, sugerindo a presença de fratura patológica nessa região. A lesão não é muito bem delimitada inferiormente, devido às grandes áreas de esclerose. Existem alguns pontos mais densos mas, como a lesão é trabeculada, é difícil diferenciar restos de trabéculas de calcificações. O processo é epifisário, atingindo parte da metáfise. (Fig. IX-1)

Prof. Schajowicz — Chamo a atenção para a deformidade da cabeça e para a esclerose. Creio que poderia ter-se produzido aqui uma necrose asséptica com achatamento e deformidade secundária a este processo, que é mais do troquíter do que da epífise, que também é uma apófise. É um pouco fora do comum o limite impreciso da lesão, como também essa esclerose, que não existe comumente nesses processos.

A histologia mostra zonas condróides (Fig. IX-2) e zonas evidentemente cartilaginosas com áreas de calcificação. Chamam a atenção, também, zonas em que há evidência de ossificação direta que não é reacional; são trabéculas ósseas que não são comuns a este processo. Eu vi somente um caso deste tipo. (Fig. IX-3)

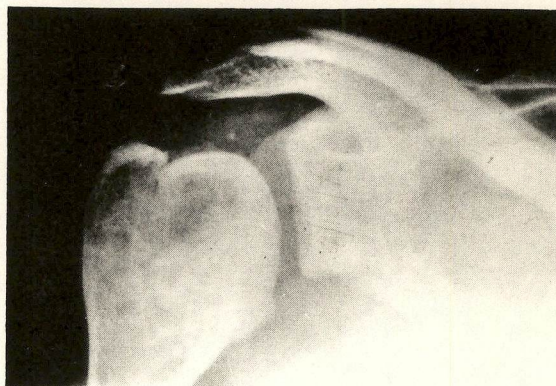


Fig. IX-1 - Rx inicial.

Dr. Kalil — Outras áreas da lesão mostravam características de aspecto cístico (Fig. IX-4).

(*) Chefe da Unidade de Patologia. Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hosp. das Doenças do Aparelho Locomotor. Brasília — DF.

Material enviado pelo Dr. Edison Antunes.

Prof. Schajowicz — Exato. Existem zonas císticas perfeitamente limitadas, que se assemelham a um Cisto Ósseo Aneurismático com septos de neoformação óssea. No geral, isto é um Condrolastoma, mas com a peculiaridade de que mostra essa zona de neoformação óssea que se assemelha a um Osteoblastoma. Talvez existam misturas de Condro e Osteoblastoma. Não seria surpreendente se encontrássemos uma combinação assim. Às vezes encontramos um tecido que não podemos identificar como condróide ou osteóide e que nós temos chamado "condro-osteóide". Isto nós descrevemos em nosso trabalho. O que também é importante aqui, e que se encontra muitas vezes, é a presença de áreas multicísticas, muito semelhantes a um Cisto Ósseo Aneurismático. E isto nós também descrevemos, como a forma cística do Condrolastoma. Recordo-me de um caso que vi nos Estados Unidos, no úmero, com uma cavidade cística quase única, mas na parede se encontrava o típico tecido com aspecto de Condrolastoma. Este seria um caso especial da forma cística de Condrolastoma com zonas semelhantes ao Cisto Ósseo Aneurismático e mais zonas tipo Osteoblastoma, mas o diagnóstico fica

como Condrolastoma, tipo cístico, chamando a atenção para a presença de neoformação óssea. A esclerose é seguramente secundária a outro processo, como uma necrose asséptica da cabeça do úmero.

Dr. Kalil — O material apresentado foi obtido em curetagem feita em outubro de 1973. Em junho de 1975 foi realizada nova radiografia (Fig. IX-5).

Dr. Brenner — Na realidade, a curetagem não atingiu todo o osso lesado, possivelmente por receio do cirurgião em lesar a articulação, tendo sido colocado enxerto. Temos dúvidas se não houve recidiva da lesão.

Prof. Schajowicz — Também tenho minhas dúvidas de que não está se produzindo uma recidiva. Deve ser feita uma avaliação a cada 6 meses para ver o que vai acontecer com este caso.

O aspecto cístico do Condrolastoma ocorre em cerca de 20% dos casos. Nós apresentamos um caso em nosso trabalho publicado no **Journal of Bone & Joint Surgery** e o Dr. Andrade publicou também um caso, ambos de rótula.

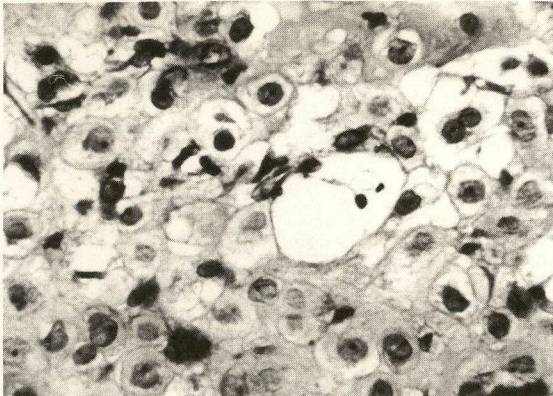


Fig. IX-2 - Aspecto microscópico da zona condroblástica.

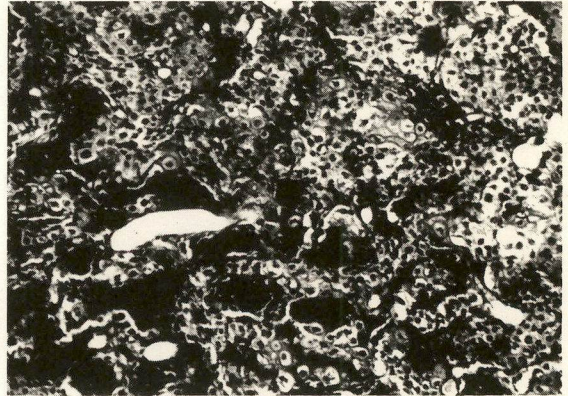


Fig. IX-3 - Aspecto microscópico da zona osteóide.



Fig. IX-4 - Aspecto microscópico: zona cística.

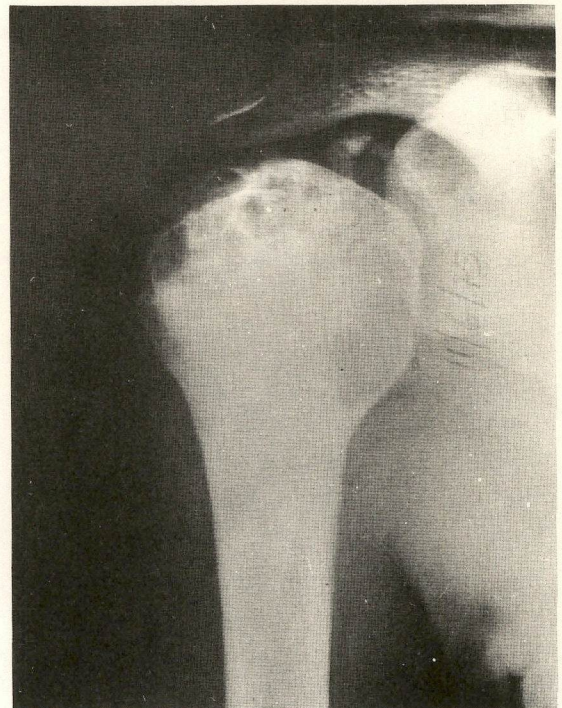


Fig. IX-5 - Rx pós-operatório tardio.

CASO X

Condroblastoma de Tíbia

Caso contribuído pelo Dr. Ricardo K. Kalil (*)

Paciente do sexo feminino, de 51 anos de idade, que há vários anos apresenta dor no tornozelo que ela associa com episódios de entorse e edema local de frequência semanal. Ao exame físico, apresenta edema global da articulação do tornozelo e dor à palpação e aos movimentos da citada articulação, ao nível do ligamento deltoíde lateral.

Dr. Brenner — Existe um alargamento moderado da metáfise distal da tíbia, notando-se uma área de maior radiotransparência, bem delimitada, com uma reação de certa esclerose de contorno, muito discreta. A lesão é epifisária, subcondral, quase atingindo a cartilagem articular, limitada muito superficialmente pelo osso subcondral. Há um pouco de reação periosteal do tipo contínuo e não há pinçamento articular. O meu primeiro diagnóstico é de Condroblastoma, apesar da idade da paciente e apesar das histórias de entorse de repetição, embora tenhamos que considerar a possibilidade de um Cisto Subcondral. Afastamos processo inflamatório pelo não-comprometimento articular, dada a localização muito superficial em relação à articulação. (Figs. X-1 e X-2)

Prof. Schajowicz — Não pensou em Tumor de Células Gigantes?

Dr. Brenner — Não, não pensei.

Dr. Bitar — A reação perióstica invalidaria a suposição de Tumor de Células Gigantes?

Prof. Schajowicz — Eu me inclinaria mais para um Condroblastoma do que para Tumor de Células Gigantes. No Condroblas-

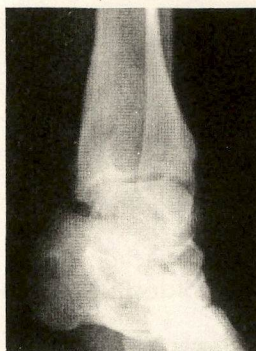


Fig. X-1 - Rx inicial.



Fig. X-2 - Rx inicial.

toma temos visto neoformação periosteal em lesões grandes, como por exemplo em lesões de úmero, e isto nós publicamos também. Mas em Tumor de Células Gigantes nunca vimos. Este cresce expandindo o osso e adelgaçando a cortical, porém não produz reação periosteal. É um argumento contra Tumor de Células Gigantes.

(*) Chefe da Unidade de Patologia. Centro de Reabilitação Sarah Kubistschek — Hosp. das Doenças do Aparelho Locomotor. Brasília — DF.

Material enviado pelo Dr. João Batista Mendonça.

Prof. Rücker — Não excluiria, do aspecto radiológico, o diagnóstico de Osteoblastoma?

Prof. Lazzareschi — Essas características são de um tumor benigno e, considerando o que já se falou acerca de Tumor de Células Gigantes, eu lembraria a hipótese de um Fibroma Condromixóide.

Prof. Schajowicz — O Fibroma Condromixóide se apresenta em pacientes mais jovens. Isto seria excepcional. Em segundo lugar, o Fibroma Condromixóide tem um ligeiro bordo esclerótico e limites de forma curva e escavada. Este tem um limite mais difuso. Em resumo, a idade e o aspecto radiológico não são comuns a este processo.

Quanto aos Osteoblastomas, não os temos visto muito nesta localização. São, em geral, metafisários e se apresentam em ossos planos e curtos. Tenho visto vários Osteoblastomas, mas nunca na epífise.

Radiologicamente eu diria que é um tumor benigno. Poderia ser uma formação cística já antiga, como o Cisto Mucóide Justa-arti-

cular, que se apresenta com repetidos entorses e que é uma lesão recentemente identificada, ou um Condrioblastoma. A histologia mostra algumas zonas condróides, fibrina, zonas mais celulares e algumas células gigantes multinucleadas. As células do estroma são do tipo poliédrico, arredondadas ou ovaladas e muito distintas. Isso, o tamanho das células gigantes, sua distribuição pouco uniforme e as células do estroma falam a favor de um Condrioblastoma. As células do estroma são condróides, características. As zonas condróides, que não são indispensáveis para o diagnóstico, podem ter calcificações também muito características (Figs. X-3 e X-4). O diagnóstico histológico não apresenta nenhuma dúvida. O problema era no aspecto pouco comum radiológico, na idade e na reação periosteal. O Condrioblastoma é comum entre 13 e 18 anos e esta é uma paciente de 51 anos. Faltam também as calcificações, do ponto de vista radiológico. Eu não teria afirmado nenhum diagnóstico somente com a radiografia. Não poderia ter excluído um processo inflamatório ou qualquer outro processo e por isso tenho insistido que não se pode fazer nenhum diagnóstico definitivo sem conhecer a histologia.

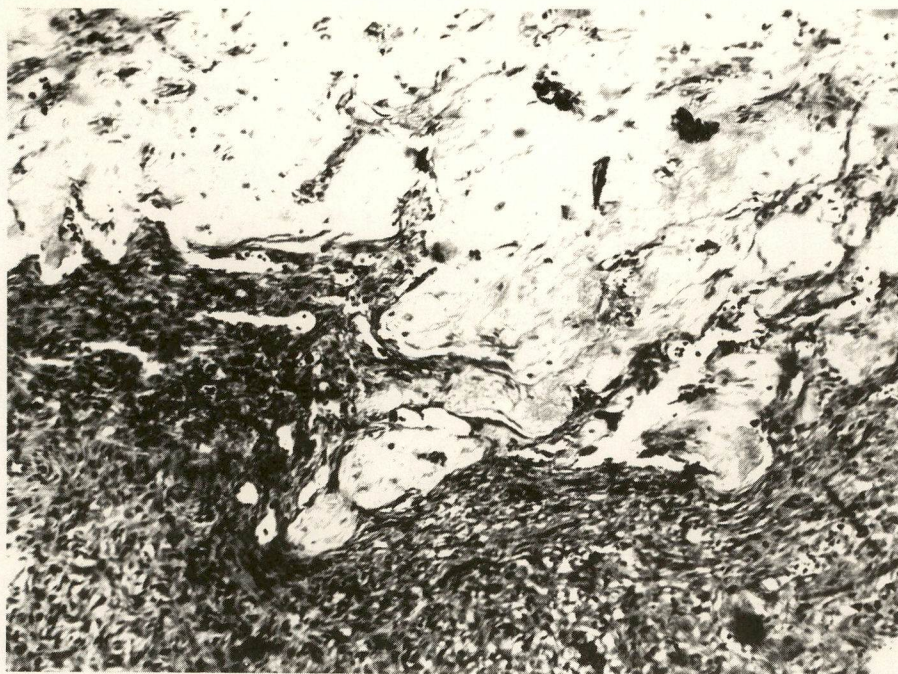


Fig. X-3 - Aspecto microscópico. Zona condróide.

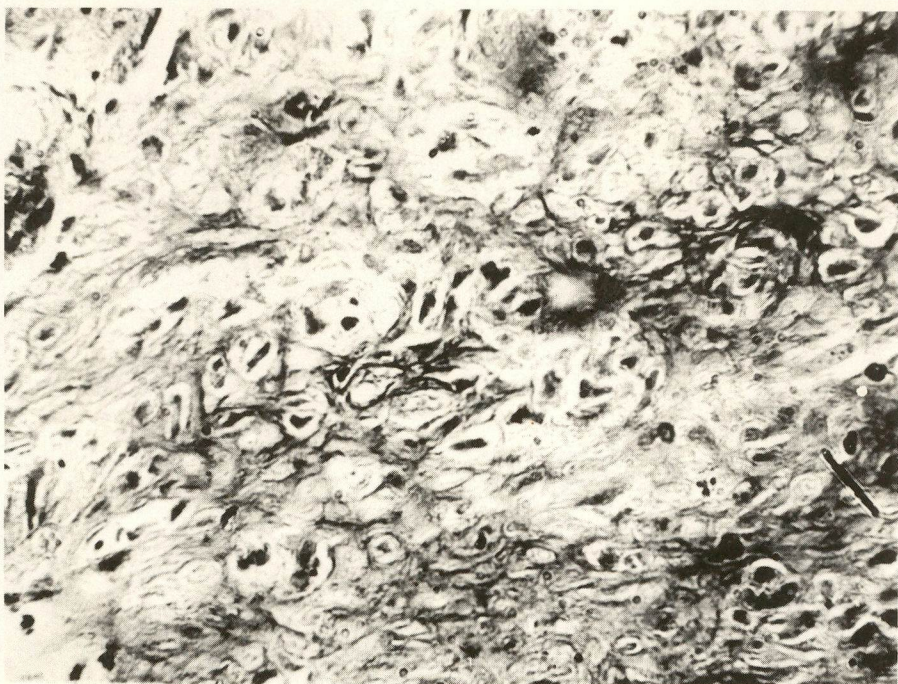


Fig. X-4 - Aspecto microscópico. Zona condroblástica calcificada.

CASO XI

Condroblastoma com Transformação Maligna

Caso contribuído pela Dra. Nany Renzo B. de Oliveira ()*

Trata-se de paciente do sexo feminino, com 16 anos de idade, com uma neoplasia localizada no grande trocanter, que lhe causava dor na articulação coxo-femural.

Dr. Brenner — É uma lesão destrutiva, lítica, com alguma corrosão da cortical. Existem várias áreas líticas arredondadas, no interior da lesão, separadas por alguns septos mais densos. É bem delimitada e possui ligeira esclerose marginal (Fig. XI-1).

Prof. Rodrigues — Parece-me uma lesão cartilaginosa benigna.

Prof. Schajowicz — Um Condroma é difícil porque o Condroma não tem limite escleroso. Temos visto vários Condroblastomas nessa localização, grande trocanter, que é uma apófise.

Dr. Consentino — Minha hipótese é Condroblastoma porque ele pode aparecer, principalmente em casos iniciais, sem calcificações. Poder-se-ia pensar também em Osteoblastoma, pois está numa zona apofisária onde a cartilagem de crescimento já fechou, mas tem pouca esclerose.

Dra. Nany — Foi feita uma biopsia e o diagnóstico foi de Condroblastoma, em 1957 (Figs. XI-2 e XI-3). Aproximadamente um ano depois ela fez outra radiografia parecendo evoluir bem, mas a paciente queixava-se constantemente de dor (Fig. XI-4). Em 1960 foi feita nova radiografia (Fig. XI-5).

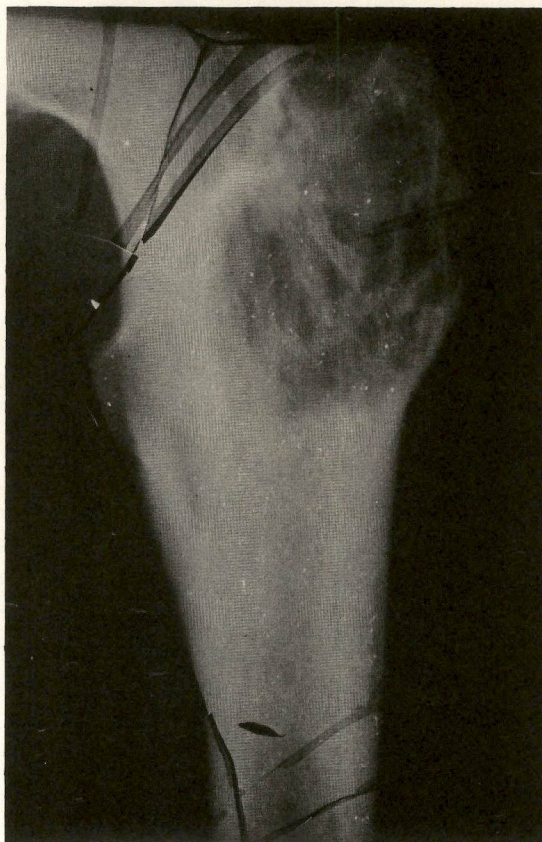


Fig. XI-1 - Rx inicial.

(*) Dpto. de Ortop. e Traumat. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina da USP. (Prof. Flávio Pires de Camargo.)

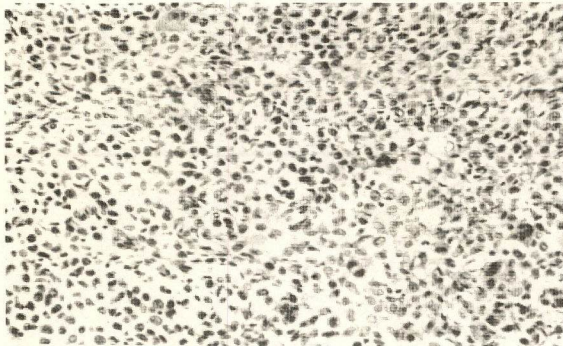


Fig. XI-2 - 1ª biópsia. Aspecto microscópico condroblástico.

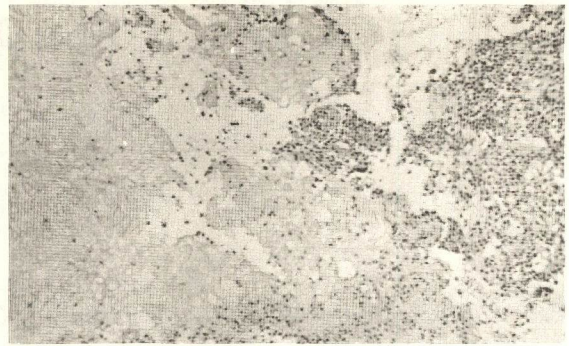


Fig. XI-3 - 1ª biópsia. Aspecto microscópico. Zona de calcificação e necrose.

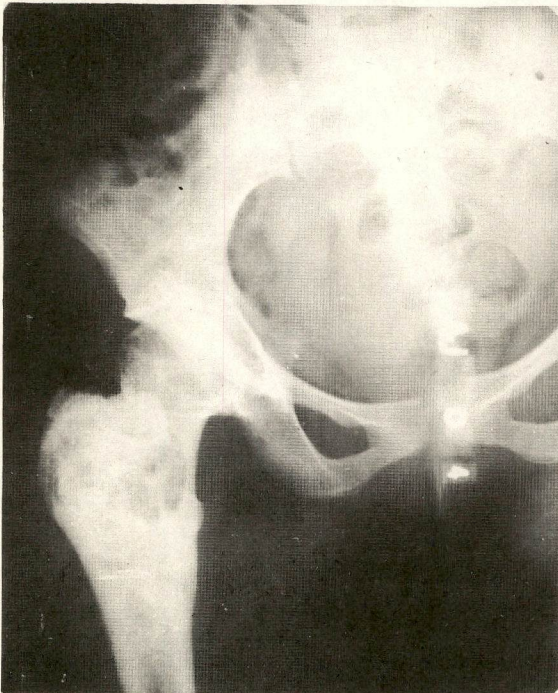


Fig. XI-4 - Rx da evolução (1959).

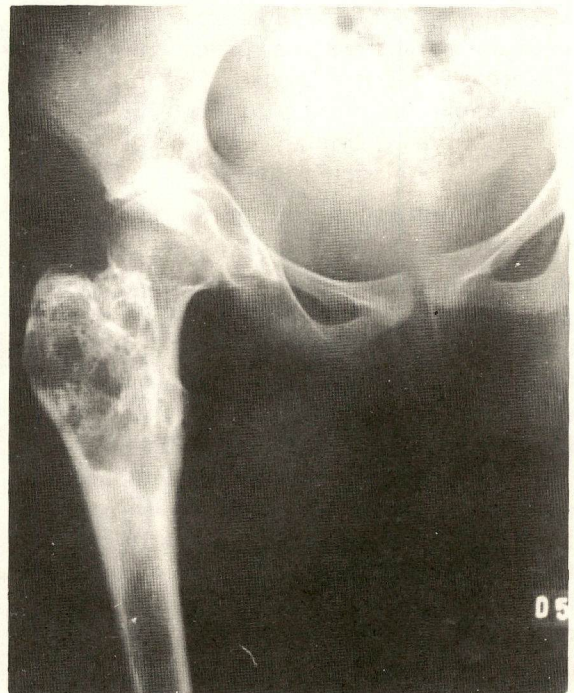


Fig. XI-5 - Rx da evolução (1960).

Dr. Brenner — Nota-se uma progressão da lesão, que se estendeu para a metáfise. Notam-se, também, pontos de calcificação, mas podem ser devidos ao enxerto que a paciente sofreu. O pequeno trocânter também está comprometido, mas a lesão ainda parece bem delimitada.

Dra. Nany — Esse aspecto radiológico foi surpreendente aos radiologistas. Pensou-se na possibilidade de uma malignização do Condrioblastoma, mas nada havia sido descrito até então que fosse do nosso conhecimento. Resolveu-se acompanhar o caso e, em 1963, resolveu-se fazer uma ressecção. Foi reexaminado (Fig. XI-6) e havia de fato uma transformação da lesão (Figs. XI-7, XI-8 XI-9).

Prof. Schajowicz — Vê-se, na histologia, uma proliferação de elementos de tipo redondo

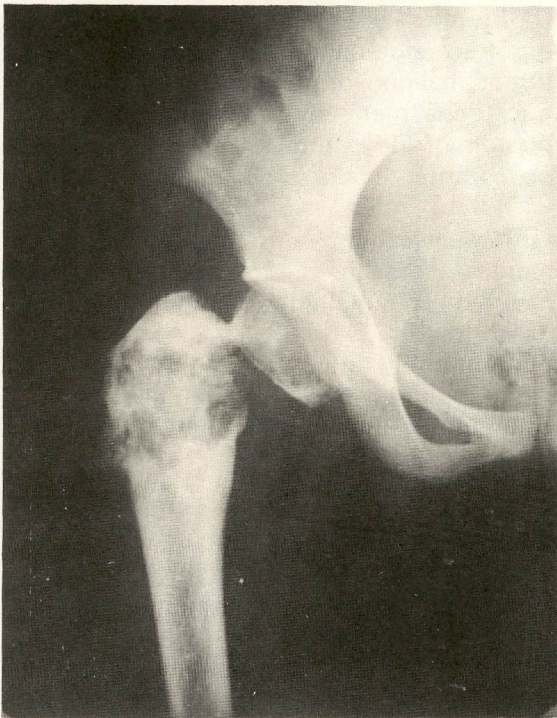


Fig. XI-6 - Rx da evolução (1963).



Fig. XI-7 - Aspecto microscópico. Malignização.

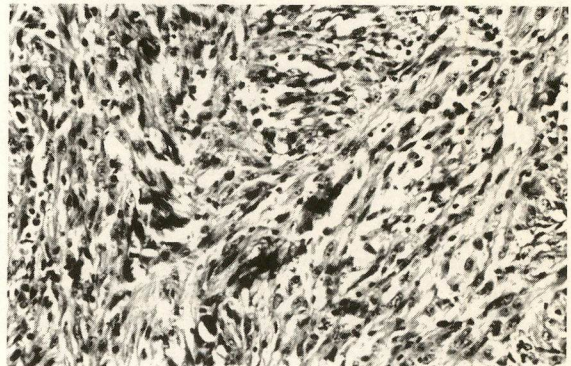


Fig. XI-8 - Aspecto microscópico. Malignização.

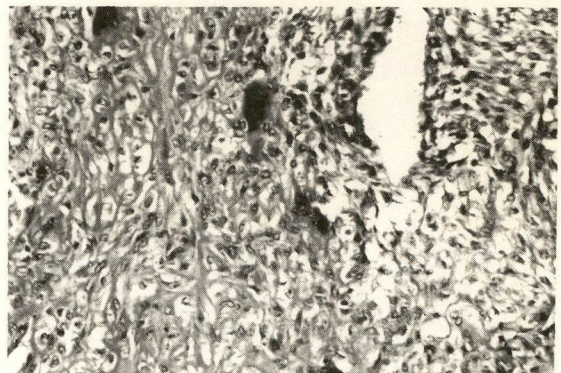


Fig. XI-9 - Aspecto microscópico. Malignização.

ou ovalado, com aspecto típico de elementos retículo-histiocitários em evolução condróide. Algumas células gigantes, zonas condróides, zonas mais indiferenciadas e zonas que parecem de osteóide e que nós temos chamado de condro-osteóide, porque não podemos dizer com certeza o que é. (Figs. XI-2 e XI-3).

Dra. Nany — Então, o estado geral da paciente começou a cair. Ela se queixava de dificuldades respiratórias e a radiografia dos pulmões mostrou lesões em ambos. A paciente morreu mas não foi feita necrópsia.

Prof. Schajowicz — É um caso muito raro. Existem apenas três ou quatro casos publicados sobre transformação maligna de Condroblastoma e sempre após repetidas curetagens. Neste caso houve apenas uma cirurgia prévia e apresenta ainda metástases pulmonares, o que só está descrito em um caso.

Dra. Nany — Fiquei em dúvida sobre que diagnóstico dar ao tumor, se Fibrossarcoma ou Osteossarcoma. Não havia área condrossarcomatosa. Consultei o Prof. Sissons, que na ocasião estava em São Paulo, e ele também ficou em dúvida, mas achou melhor chamar de Fibrossarcoma. (Figs. XI-7, XI-8 e XI-9).

Prof. Schajowicz — Isto ajuda minha teoria, que está combatida e discutida, publicada em meu trabalho sobre Condroblastoma, isto é, que as células básicas do Condroblastoma são elementos retículo-histiocitários em evolução condroblástica. Se estas células fossem realmente condroblastos desde o início, malignizando-se, deveriam transformar-se logicamente em Condrossarcoma. Transformando-se em Fibrossarcoma ajudam minha teoria, pois os elementos retículo-histiocitários têm mais facilidade para se transformar em fibroblastos, que podem ser elementos histiocitários facultativos.

Dr. Brenner — Foram feitas radiografias do restante do esqueleto?

Dra. Nany — Não.

Dr. Brenner — Já que estamos no campo das hipóteses, que tal aventar a hipótese de um tumor maligno originário de outro local e que tenha metastatizado sobre o Condroblastoma, que comprovadamente já existia no trocanter, e para os pulmões?

Prof. Schajowicz — Isso só excepcionalmente acontece. É mais lógico pensar mesmo na malignização do Condroblastoma.

CASO XII

Condrossarcoma Secundário

Caso Contribuído pelo Dr. Jayme B. de Marsillac (*)

Paciente do sexo feminino, de 24 anos de idade, que apresentou uma grande massa pélvica do lado direito, com 4 meses de evolução, com grande compressão do reto e da vagina que tornava impossível o toque retal e o toque vaginal.

Dr. Brenner — É uma massa realmente muito grande, com calcificações no seu interior, muito irregular, de limites mal definidos, destruindo inteiramente o ramo isquiopúbico e talvez o púbis. Existe alargamento do colo do fêmur bilateralmente. (Fig. XII-1). A radiografia de tórax mostra uma lesão de úmero.

Prof. Schajowicz — Evidentemente é uma Osteocondromatose Múltipla, com alargamento característico da metáfise umeral e do colo do fêmur. Esses tumores são de muitos anos de evolução e é provável que a história de 4 meses seja relativa à dor que levou a paciente ao médico e não à evolução verdadeira do tumor.

Dr. Marsillac — Nosso diagnóstico foi de Osteocondromatose Múltipla. A história familiar não pôde ser esclarecida porque a paciente é desligada da família verdadeira. Relata que levava uma vida normal e que apenas nos últimos 4 meses teve um exacerbado crescimento da tumoração que havia sobre o ísquio (pela malignização). Este aspecto do tempo de evolução foi bem indagado.

Prof. Schajowicz — Realmente, em uma pessoa portadora de Osteocondromatose, que maligniza em 5 a 8% dos casos, se uma das exostoses começa a crescer e a doer, deve-se pensar na ocorrência de Condrossarcoma Secundário.

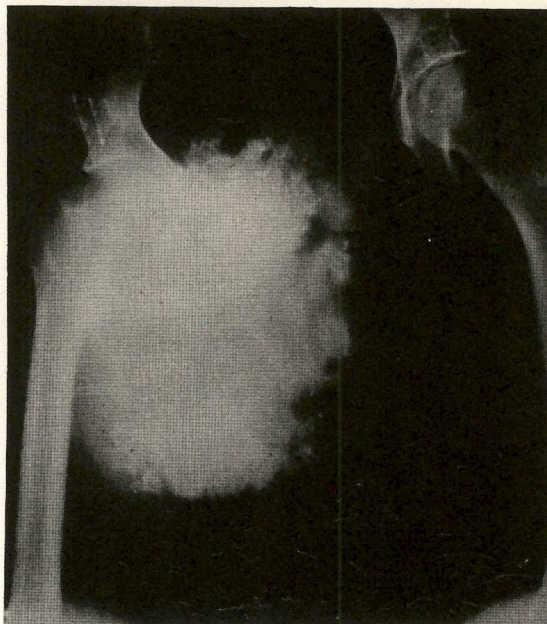


Fig. XII-1 - Rx inicial.

(*) Chefe da Seção de Tecidos Ósseos e Conjuntivos, em colaboração com Dr. Onofre Castro, Chefe do Serviço de Anatomia Patológica. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro — RJ.

Dr. Marsillac — Foi feita uma biópsia e uma cirurgia bastante radical, uma hemipelvectomy direita, que foi muito trabalhosa devido à compressão do reto, que teve de ser dissecado. A vagina foi aberta e reconstruída no decurso da cirurgia. (Fig. XII-2).

Prof Schajowicz — A microscopia mostra células binucleadas, núcleos hiper cromáticos, atípicos. Outras áreas têm aspecto benigno cartilaginoso. É evidentemente uma transformação condrossarcomatosa de um osteocondroma. Grau I. Não é possível uma ressecção aqui, pois existe invasão de partes

moles devido ao osteocondroma ser superficial. Se a ressecção foi total, isto é curável. (Fig. XII-3).

Dr. Marsillac — As radiografias da peça mostram vários osteocondromas (Fig. XII-4). A radiografia pós-operatória mostra que a hemipelvectomy foi bastante alargada, passando da linha média na sínfise pubiana.

Prof. Schajowicz — Tem, então, um bom prognóstico, aparentemente. Chamo a atenção que a ressecção deve ser sempre ampla.



Fig. XII-2 - Rx pós-operatório.



Fig. XII-3 - Aspecto microscópico.

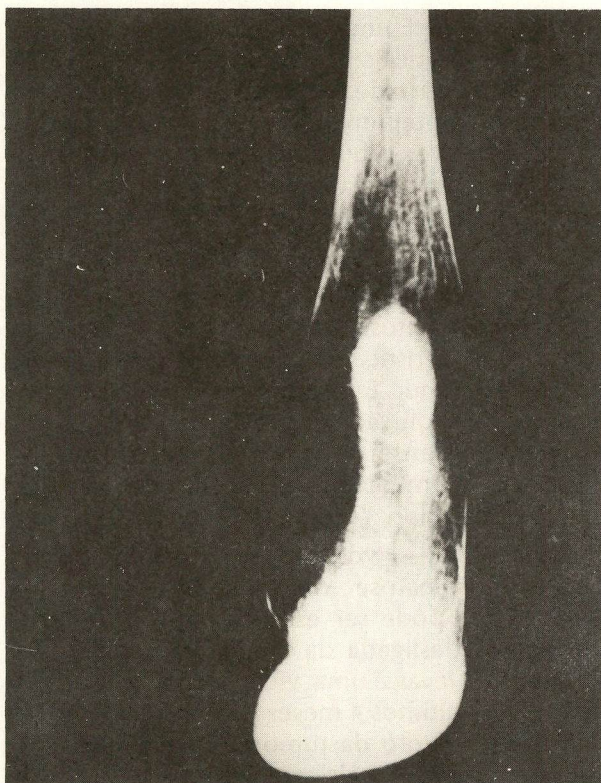


Fig. XII-4 - Rx da peça cirúrgica. Exostoses na metáfise distal do fêmur.

CASO XIII

Condrossarcoma Secundário

Caso contribuído pelo Prof. José Rodrigues (*)

Paciente do sexo masculino, com 41 anos de idade atualmente. Em setembro de 1973 procurou pela primeira vez o hospital, queixando-se de dor na parte superior do braço, tendo sido realizado exame radiológico.

Dr. Brenner — Este caso mostra uma lesão radiotransparente que faz protrusão do osso e expande um pouco a cortical. É uma lesão lítica, com algumas áreas mais densas sugerindo calcificações. Existe alguma perda da nitidez de contorno. Eu pensaria em uma lesão benigna com o diagnóstico diferencial a ser feito entre um tumor cartilaginoso ou uma displasia fibrosa que, como nós sabemos, é a grande imitadora de todas as lesões tumorais. (Fig. XIII-1)

Prof. Schajowicz — Não pensaria, por exemplo, em um Condroma Justacortical?

Dr. Brenner — Sim, poderia ser.

Dr. Bitar — Não poderia ser uma lesão secundária sobre um Osteocondroma?

Prof. Schajowicz — Foi também o que pensei quando vi a radiografia pela primeira vez. Um Osteocondroma sêssil que já sofreu alguma alteração ou um Condroma Justacortical, o tipo subperiosteal que Lichtenstein e Bernstein descrevem. Na evolução, foi

ressecado e apareceu uma recidiva local enorme.

Prof. Rodrigues — A recidiva foi aproximadamente 2 anos após (Fig. XIII-2 e XIII-3).

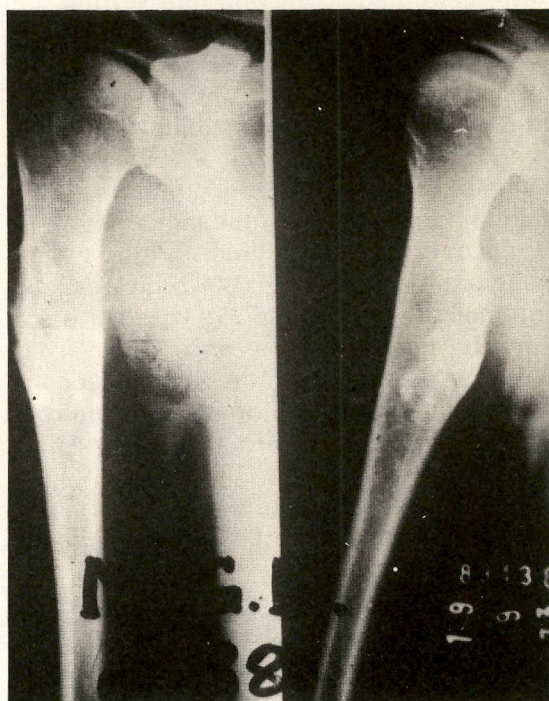


Fig. XIII-1 - Rx inicial.

(*) Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Santo Amaro e Hospital Getúlio Vargas. Recife — Pernambuco.

Dr. Brenner — O que se nota agora é uma proliferação óssea espiculada na cortical, invadindo as partes moles. Então, o diagnóstico deve ser de uma lesão maligna ou, possivelmente, uma malignização de uma lesão benigna. Desde o início eu tinha dúvidas quanto ao contorno da parte interna da lesão.

Prof. Schajowicz — Na histologia vemos uma zona do tipo condromixóide, com septos fibrosos, mas sem a presença de células gigantes neles. Não é o aspecto do Fibroma Condromixóide, porém trata-se, evidentemente, de uma lesão cartilaginosa maligna com predomínio de zonas mixóides como são vistas, às vezes, no Condrossarcoma. Neste caso, não há dúvida que se trata de um Condrossarcoma. Secundário, porém, a que lesão? Poderia ser a um Condroma Justacortical ou a um Osteocondroma solitário que malignizou. A possibilidade deste último é menor, porque é bem rara a malignização de um Osteocondroma solitário, a estatística sendo de apenas 0,5%. O Osteocondroma múltiplo, este sim, maligniza em cerca de 7 a 8% dos casos, e, o que maligniza em quase 25% dos casos é a Condromatose Múltipla tipo Ollier. Mas existe a possibilidade de um Osteocondroma solitário se transformar em Condrossarcoma, embora seja raro. (Fig. XIII-4, XIII-5 e XIII-6).

Este aspecto lítico da cortical, na primeira radiografia, sugere que tenha sido um Condroma Justacortical a lesão subjacente, ou que tenha sido, desde o início, um Condrossarcoma de baixa malignidade. Estes dois são, às vezes, muito difíceis de separar, devendo, nestes casos, ser feita uma ressecção ampla.

Prof. Rodrigues — Este caso é de um de meus colaboradores, não é um caso pessoal,

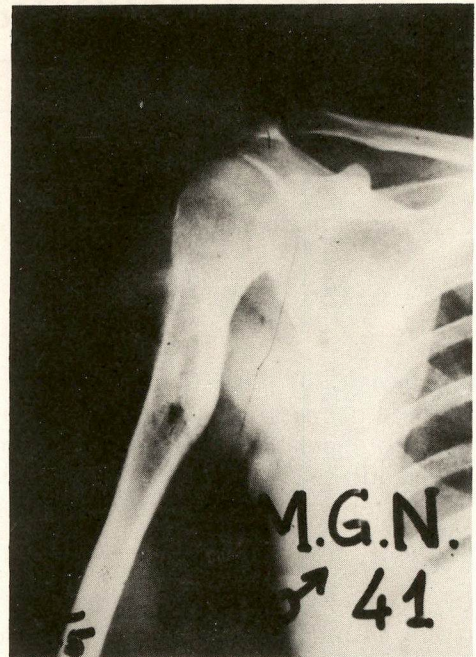


Fig. XIII-2 - Rx da recidiva.

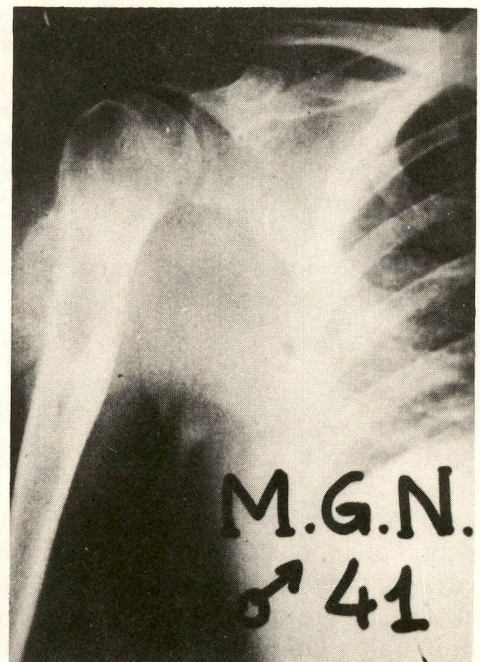


Fig. XIII-3 - Rx da recidiva.

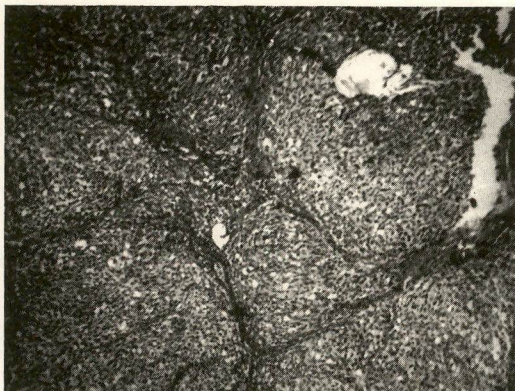


Fig. XIII-4 - Aspecto microscópico, com lobulações. Pequeno aumento.

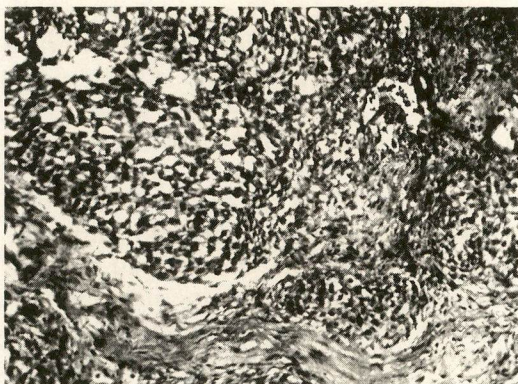


Fig. XIII-5 - Aspecto microscópico. Médio aumento.

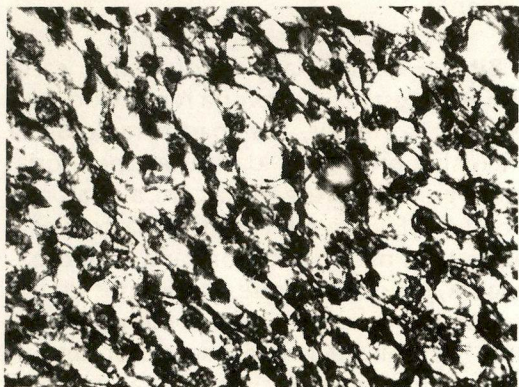


Fig. XIII-6 - Aspecto microscópico. Grande aumento.

mas acompanhei-o desde o princípio e a minha impressão inicial era de Osteocondroma e concordei que se fizesse uma ressecção local e exame histopatológico. O diagnóstico histopatológico foi Fibroma Condromixóide. 2 anos após, o doente voltou com recidiva e, nessa oportunidade, eu achei, pelo exame radiográfico, que era Condrossarcoma e propus fazer biópsia simples e, depois, possivelmente uma amputação. Foi feita biópsia e o patologista ficou em dúvida, mas ainda achando que era benigno. Enviou-se material para outro colega em São Paulo, que opinou ser benigna a lesão. Diante disso e do fato de que o paciente não aceitava a desarticulação, pois tinha conhecimento do relatório dos patologistas, foi feita a ressecção. Vi a lesão macroscopicamente durante a cirurgia e era evidente que ela invadia partes moles mas, mesmo assim, foi feita a ressecção. Isto é bem recente.

Prof. Schajowicz — Mesmo que fosse benigna, uma lesão condróide com invasão tão evidente de partes moles recidiva certamente uma, duas e mais vezes e, no final, não vai se poder fazer mais nada, a não ser que se faça imediatamente uma desarticulação ampla. Não sei se seria possível chegar a uma interestescápulo-torácica, mas, pelo menos, a desarticulação do úmero. O Condrossarcoma tem o inconveniente de recidivar localmente, infiltrar-se cada vez mais, porém metastatiza muito raramente. A pior coisa, ou melhor, uma das piores coisas que pode ocorrer com o doente com Condrossarcoma são recidivas freqüentes e sua propagação até o tórax, pois aí não temos mais nenhum tratamento possível. Não é radiosensível e não reage à quimioterapia. Nós temos, entretanto, um protocolo que vamos testar para ver se o Condrossarcoma reage a algum tipo de quimioterápico. No momento, um Condrossarcoma ou mesmo um Condroma com invasão de partes moles deve ser

ressecado o mais amplamente possível. Neste caso, não cabe mais nada a não ser a desarticulação.

Prof. Rodrigues — Concordo inteiramente.

Prof. Lazzareschi — Eu faria a amputação ou a desarticulação, dependendo da extensão da lesão.

Dr. Consentino — Deve-se desarticular.

Prof. Schajowicz — Dra. Nany, que é patologista, você faria um diagnóstico de lesão benigna neste processo?

Dra. Nany — Creio que não. O senhor dá grande valor à presença de células gigantes no Fibroma Condromixóide, ou o senhor apoia-se, nos casos em que não existe quantidade grande de células gigantes, nos outros aspectos do Fibroma Condromixóide, como a lobulação? Qual o valor da presença de células gigantes?

Prof. Schajowicz — Dou-lhe muito valor, mas sua ausência não invalida o diagnóstico de Fibroma Condromixóide. Posso citar um caso em que, na primeira biópsia, se vêem septos e se vêem as zonas mixóides. Não havia células gigantes. Não aceitamos a existência de Mixoma em osso longo, mas somente no maxilar e, além disso, o limite periférico não era como o Mixoma do maxilar, que infiltra difusamente. Este tinha um limite lobulado, bem nítido, que falava em favor de Fibroma Condromixóide. Este caso recidivou e, na biópsia, tinha os septos agora cheios de células gigantes. Isto significa que existem Fibromas Condromixóides com septos, lobulados e sem células gigantes.

Prof. Rücker — Eu queria fazer um comentário de ordem genérica. Concordo plenamente com o que o Professor Schajowicz dis-

se, que o patologista deve sempre acompanhar o caso clínica e radiologicamente para estudar melhor o diagnóstico e a indicação terapêutica, mas existe uma outra orientação, filosófica talvez, em determinados casos. A clínica deve se sobrepor à patologia em determinadas circunstâncias. Se um tumor é visivelmente invasivo, destrutivo, como neste caso, então deve-se sobrepor a clínica e o aspecto macroscópico ao diagnóstico do patologista e deve ser feita, então, uma cirurgia radical.

Dr. Prates — Acho que, neste caso, a clínica prevaleceu sobre a patologia, e deveria prevalecer, porque o diagnóstico do patologista estava errado. Se este material tivesse sido submetido ao Prof. Schajowicz não haveria a necessidade desse comentário.

Dra. Nany — Nós, todos os patologistas, podemos errar, porque existem casos em que não chegamos a uma conclusão. Acho é que aí deveria haver uma correlação entre ortopedista e patologista, um tal grau de confiança, que permita ao patologista continuar estudando o caso, mandar para fora, consultar não só um, mas dois ou três colegas, porque esta correlação deve ser bem firme. Há casos que nós deixamos em suspense, sem dar o diagnóstico definitivo, até observação do doente.

Dr. Bitar — A Dra. Nany situou bem o caso. Acho que neste caso deveria ter havido uma investigação maior, na parte radiológica principalmente, antes da parte operatória, dada a grande divergência com a anatomia patológica. Eu não me conformaria com este diagnóstico, não me conformaria com o patologista, e é por isto que precisamos de um intercâmbio maior. Então, o comentário filosófico do Prof. Rücker tem sua razão de ser. Não se pode, em princípio, deixar a clínica de lado, puramente pegar o tumor, radiogra-

far e esperar. Eu teria prolongado a investigação.

Dr. Consentino — Para mim, desde o início, radiologicamente, este era um Osteocondroma que se malignizou. Uma lesão benigna, do tipo do Osteocondroma, que começa a doer nesta idade e cresce, depois da maturação do esqueleto, é altamente suspeita de malignidade. Este tumor deveria ter sido ressecado em bloco, com margens de garantia e, inclusive, com partes moles.

Prof. Rodrigues — Acho que é apenas uma questão de esclarecimento. Na primeira operação, o tumor era bem delimitado, não tinha nenhum aspecto que sugerisse uma ressecção mais ampla. Para tomar uma decisão desse tipo, uma ressecção mais ampla num segmento destes, implicaria em fazer uma artrodese, pelo menos como nós procedemos e, na época, macroscopicamente, achamos que não comportava. Depois o caso foi estudado e o patologista não se sentiu à vontade para dar uma decisão definitiva e, quando se mandou o material, não se mandou uma ou duas lâminas, mas os blocos de parafina e as radiografias para dois patologistas que nós achamos qualificados. O doente realmente sentia muita dor e eu, pessoalmente, achava que devia fazer a desarticulação. O problema é que o doente, que era de nível cultural alto, estava envolvido em todos os detalhes e ciente do diagnóstico histopatológico de benignidade, de modo que não era simples tomar uma decisão.

Prof. Schajowicz — Como bem disse o Dr. Bitar, quando há a menor discrepância entre clínica e anatomia patológica, por exemplo, quando mandam a um patologista uma biópsia de um tumor de uma criança de 5 anos de idade e vem o diagnóstico de Tumor de Células Gigantes, o ortopedista que sabe alguma coisa de patologia óssea deve checar

esse diagnóstico, mandando o material para uma pessoa com bastante experiência. Isto evita todo o problema filosófico. Pode também ocorrer de o patologista receber o material que não é a zona apropriada e indicativa da verdadeira lesão, equivocar-se em uma zona periférica, etc. Portanto, em vista de qualquer discrepância, deve-se partir para uma nova biópsia e, se não tiver toda a confiança no patologista, mandá-la a outro patologista. Isto acontece quase todos os dias. A patologia chegou a um ponto de desenvolvimento em que não há um patologista geral que saiba toda a patologia bem. Sabe tudo, porém, mais ou menos. Existem especializações em pele, sistema nervoso, osso, etc. É necessário, pois, especializar-se em um campo para se evoluir nessa especialidade.

Dr. Torloni (Moderador) — Os anatomo-patologistas não devem temer o diagnóstico deles ser mudado. É muito mais difícil, é necessário muito mais coragem para se dizer "Não sei" do que para dizer "É isto", muitas vezes dando diagnóstico errado. O que falta é compreensão e coordenação. Não vem, então, ao caso a vaidade pessoal, porque se trata de fazer ou não uma mutilação numa pessoa, numa criança e, quando se trata do interesse do doente, todo o resto, toda a vaidade e individualismo devem ser colocados de lado. Os senhores estão vendo neste caso, tipicamente, o dilema do médico que trata. O clínico, o cirurgião, o ortopedista, estão amarrados com um diagnóstico que não corresponde à clínica do caso. Este tipo de caso é dos que justificam uma reunião como esta. Precisa haver a abertura. Os senhores, portanto, aqui presentes, devem ter um efeito multiplicador: fazer com que os patologistas troquem material, promover a integração entre as diferentes especialidades. Temos, no Brasil, um bom número de patologistas mas, como disse o Prof. Schajowicz, na patologia óssea são muito poucos os que sabem

e, se o patologista dá um diagnóstico errado, quem paga é o doente, e paga de uma maneira que não há dinheiro que compense. Sugiro aqui que colegas de vários lugares, Rio, São Paulo, etc., se juntem para formar o que poderia ser um tipo de "board" para examinar este tipo de caso.

Prof. Schajowicz — Eu sempre lutei para que se formem registros em vários países e, agora que sou encarregado pela Sociedade Latino-Americana de Ortopedia, como Presidente do Comitê de Patologia Óssea, estou tratando de formar registros, e se estão formando no Uruguai, no Peru e no Equador.

Tenho, porém, uma experiência diferente, a da Espanha, onde existe o mesmo problema daqui. Existem lá vários centros: um em Madrid, um em Barcelona, um em Sevilha e outro em Pamplona. Agora, porém, por sugestão minha, as Sociedades de Anatomia Patológica, de Ortopedia e de Pediatria vão promover o intercâmbio de todos os casos entre os quatro centros. Assim todos verão todos os casos e todos ganharão muito mais experiência.

Acho que o mesmo também pode perfeitamente ser feito no Brasil.

CASO XIV

Tumor Cartilaginoso não-Classificado

Caso contribuído pelo Prof. Marino Lazzareschi (*)

Moça branca, com 19 anos de idade, queixando-se de dor e aumento de volume no joelho direito há 3 anos. Negava trauma e não havia, até então, nenhuma repercussão geral.

Exame físico: marcha claudicante antálgica; joelho direito com aumento do volume na parte lateral; ectasia venosa local; dor à pressão; mobilidade do joelho normal.

A radiografia mostrou uma grande lesão osteolítica, excêntrica, na extremidade distal do fêmur, atingindo epífise, metáfise e parte da diáfise. Sua densidade não era homogênea, apresentando, na parte inferior imagens mais densas, amorfas, globosas e de diversos tamanhos. Não havia praticamente nenhuma reação periosteal. A cortical do lado externo parecia destruída ou irregular e, do lado interno, havia delimitação com discreto adensamento. Parecia haver sinais de sofrimento articular junto ao côndilo lateral. O perfil mostrava que a lesão era mais posterior do que anterior. (Fig. XIV-1 e XIV-2)

Levado a uma discussão, este caso teve o diagnóstico de uma lesão benigna, provavelmente cartilaginosa devido às imagens de calcificação, possivelmente um Fibroma Condromixóide.

Dr. Brenner — Acho que há lesão de partes moles, talvez posteriormente. Existe uma

expansão grande com destruição da cortical. Eu acredito que seja uma lesão maligna.

Dr. Consentino — Uma lesão maligna dificilmente dá esse halo de esclerose na parte medial do tumor, na direção da medular. Esse aspecto escavado, com esclerose, é mais comum no Fibroma Condromixóide. As áreas de calcificação e esse aspecto de destruição ou interrupção da cortical podem existir nessa lesão.

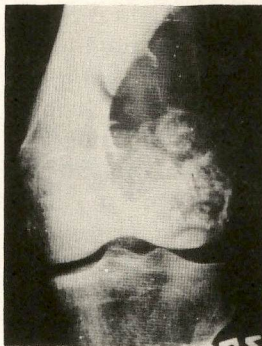


Fig. XIV-1 - Rx inicial, ântero-posterior.



Fig. XIV-2 - Rx inicial, perfil.

Prof. Rücker — As calcificações são sinal de que existe tecido cartilaginoso calcificado aí. Eu também fico com a mesma hipótese.

(*) Hospital S. Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo — SP.

Prof. Lazzareschi — Os exames complementares, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina, hemograma e hemossedimentação foram normais. Foi feita uma biópsia incisional e o aspecto macroscópico era de uma massa mole, branco-azulada, tipo "arroz cozido", e havia nódulos de tecido cartilaginoso, de 5 a 6 mm de diâmetro, lobulados, em meio à massa mole.

Prof. Schajowicz — Depois de ver as lâminas devo confessar que nunca vi um caso parecido e não o classifiquei em nenhuma entidade conhecida. Existem áreas de cartilagem muito bem diferenciada, é difícil dizer se metaplásica ou tumoral (Fig. XIV-3 e XIV-4). Não está de acordo com nenhuma lesão cartilaginosa comum. Havia também um tecido fibroblástico bastante celular, com células alongadas, porém, sem maiores atípicas. O estroma colágeno era abundante. Em outras áreas, o tecido fibroso apresentava tecido ósseo calcificado metaplásico e alguma estrutura verticiliar, parecendo uma Displasia Fibrosa (Fig. XIV-5). Outras áreas ainda são densamente fibrosas, lembrando o Fibroma Desmoplásico (Fig. XIV-6). Em resumo: zonas que lembravam Displasia Fibrosa, zonas que lembravam Fibroma Desmoplásico e zonas de neoformação cartilaginosa, porém, nenhuma zona que lembrasse Fibroma Condromixóide. Poder-se-ia pensar em uma Displasia Fibrosa monostótica pelo aspecto fibroso e pelas estruturas verticiliares e que raramente apresenta zonas de cartilagem, mas o aspecto geral não é o de Displasia. O mais lógico talvez fosse um tumor condróide involuído. Um Fibroma Condromixóide em involução poderia produzir isto talvez, mas eu nunca vi. Já vi Fibromas Condromixóides com calcificações incomuns, mas uma evolução fibrosa como esta, com zonas cartilaginosas maduras, sem nenhuma zona mixóide, não sei em que enquadrar. Em Mesenquimoma Benigno

não creio. Assim, tem que ser um tumor da série conjuntiva ou cartilaginosa e eu me inclinaria mais para um cartilaginoso com certa maturidade e involução para fibrose.

Dr^r Nany — Este caso se parece com um tumor que eu vi que parecia um Fibroma Desmoplásico, mas que não convencia. Era de clavícula e o radiologista sugeriu Fibroma Condromixóide, Displasia Fibrosa ou Cisto Ósseo Aneurismático. Como o diagnóstico de Fibroma Desmoplásico não me convencia, examinei mais material e vi áreas que pareciam Displasia Fibrosa e, em determinada área, não havia mais cortical, como neste

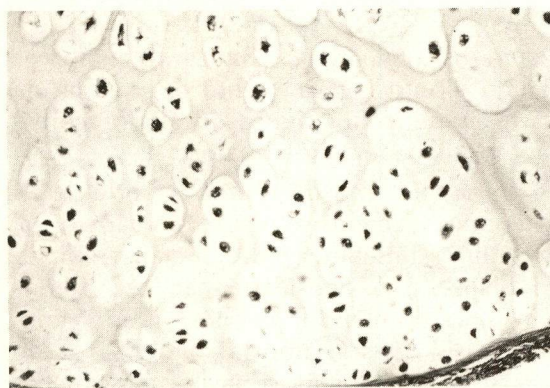


Fig. XIV-3 - Aspecto microscópico. Lóbulo cartilaginoso.

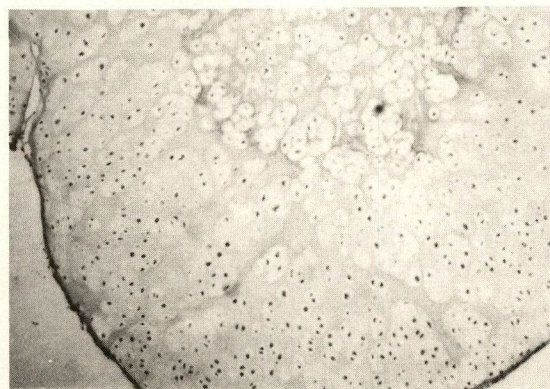


Fig. XIV-4 Aspecto microscópico. Lóbulo cartilaginoso.

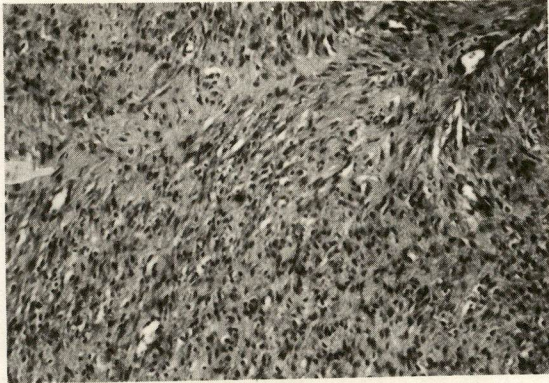


Fig. XIV-5 - Aspecto microscópico. Zona fibroblástica.

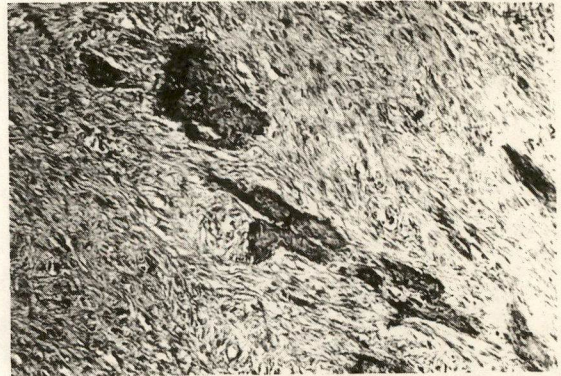


Fig. XIV-6 - Aspecto microscópico. Zona de metaplasia óssea.

caso. Por isso, pensei em Displasia Fibrosa no caso do Dr. Marino.

Prof. Lazzareschi — A paciente foi operada, sendo realizada curetagem e enxerto. Atual-

mente tem 3 anos de evolução e está muito bem, tanto do ponto de vista oncológico como ortopédico, tendo ganho alguma mobilidade.

CASO XV

Displasia Fibrosa, Forma Ativa (Fibroma Ossificante)

Caso contribuído pelo Dr. Ricardo K. Kalil (*)

Paciente do sexo feminino, com 33 anos de idade, que apresenta dor há 3 meses no joelho esquerdo relacionada com a marcha. Ao exame físico, apresenta discreto aumento de volume na face ântero-lateral da extremidade proximal da tíbia, com aumento de temperatura local.

Dr. Brenner — A radiografia em oblíquo mostra uma lesão excêntrica, radiotransparente, bem delimitada superior e lateralmente e um pouco menos delimitada em relação à diáfise. Mostra várias imagens trabeculares de maior densidade, formando um aspecto de bolhas, existindo alguma reação do periosteio com um pouco de engrossamento da cortical. A lesão é epifisária mas compromete também a metáfise (Fig. XV-1). A incidência em ântero-posterior mostra também que a lesão está bem contida dentro do osso (Fig. XV-2).

Prof. Lazzareschi — O aspecto lembra o do Fibroma Condromixóide.

Dr. Célio Elias — Em um paciente com esta idade e com lesão nesse local, não se poderia afastar a possibilidade de Tumor de Células Gigantes.

Prof. Schajowicz — Não creio, devido a essas zonas de ossificação e esse limite conden-

sado. É mais fácil pensar, como disse o Prof. Lazzareschi, em Fibroma Condromixóide, embora não seja tão metafisário. O Tumor de Células Gigantes não tratado não apresenta essa estrutura trabecular. Este é um tumor que tem formação óssea dentro de si, seja reacional, seja própria da lesão. Pode-se dizer que é uma lesão benigna, nada mais.



Fig. XV-1 - Rx inicial, ântero-posterior.



Fig. XV-2 - Rx inicial, oblíqua.

Dr. Consentino — Outro diagnóstico diferencial a considerar seria o de Cisto Ósseo Aneurismático, que dá reação periosteal. Em segundo lugar, Fibroma Condromixóide. O

(*) Chete da Unidade de Patologia. Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hosp. das Doenças do Ap. Locomotor. Brasília — DF.

Tumor de Células Gigantes não costuma dar essa esclerose e o limite da parte sã do osso com a parte doente seria mais impreciso.

Prof. Schajowicz — Na radiografia, o limite inferior é muito preciso. Não é transparente como um Tumor de Células Gigantes, não é lítico puro. Evidentemente, deve ter dentro um tecido sólido, não cístico, que tem quase a mesma estrutura óssea.

Dr. Brenner — Essa expansão do osso, esse afilamento da cortical na incidência oblíqua e o fato de ser excêntrico, além de epífiso-metáfisário, fez com que eu pensasse em Tumor de Células Gigantes e Fibroma Condromixóide. Realmente, a limitação da lesão e a esclerose falam contra o Tumor de Células Gigantes, entretanto, estas imagens densas que aparecem no centro do osso eu não interpretei como calcificações, mas sim como restos de traves ósseas dentro do tumor.

Dr. Prates — Um comentário sobre essa descrição radiológica, que se vê frequentemente, de trabeculação. Quando se examina a peça macroscopicamente, não há realmente trabeculação, mas sim neoformação óssea endosteal formando cristas que, quando projetadas num só plano, dão a impressão de que a lesão é trabecular. Então, o tecido que se encontra dentro do osso pode ser um tecido compacto não-ossificante. Acho que um diagnóstico que se deveria considerar é Fibroma Não-Ossificante.

Prof. Schajowicz — Isso foi o que eu também pensei, quando vi a radiografia: Fibroma Não-Ossificante ou o chamado Fibroxantoma de osso. Mas, quando vi a lâmina, deparei-me com uma surpresa. Já na peça se via um aspecto hemorrágico, muito semelhante ao do Fibroma Não-Ossificante ou Fibroxantoma, e zonas com aspecto fibroso

puro. Esse diagnóstico também corresponde ao aspecto radiológico.

Dr. Kalil — Foi realizada uma biópsia prévia, que, pelo menos em parte, é responsável pelo aspecto hemorrágico da peça.

Prof. Schajowicz — O preparado histológico mostra que dentro do tecido conjuntivo existente há neoformação óssea, isto é, não se trata de um Fibroma Não-Ossificante, mas parece um Fibroma Ossificante, isto é, uma lesão do tipo de Displasia Fibrosa. Em maior aumento, vê-se a típica estrutura verticilar com neoformação óssea metaplásica e osteoblastos atróficos. É um aspecto típico de Displasia Fibrosa (Fig. XV-3). Existem, porém, zonas muito mais ativas, de reabsorção óssea e de muita atividade osteoblástica.

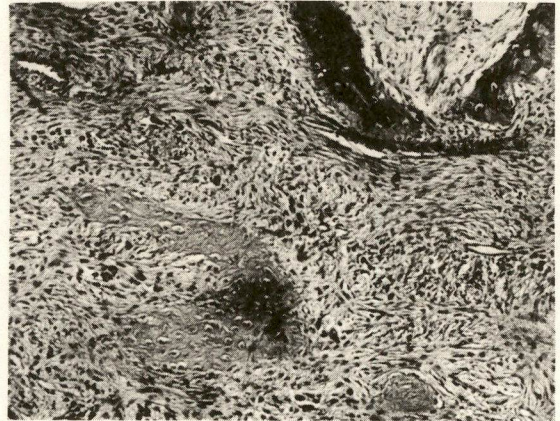


Fig. XV-3 - Aspecto microscópico. Zona típica de displasia fibrosa.

Vêem-se osteoblastos hipertróficos, muitos osteoclastos, que não são vistos comumente na Displasia Fibrosa (Fig. XV-4 e XV-5). Foi dosada a fosfatase alcalina?

Dr. Kalil — Não, não foi.

Prof. Schajowicz — É de se supor que não esteja muito alterada. Pensei, primeiramente

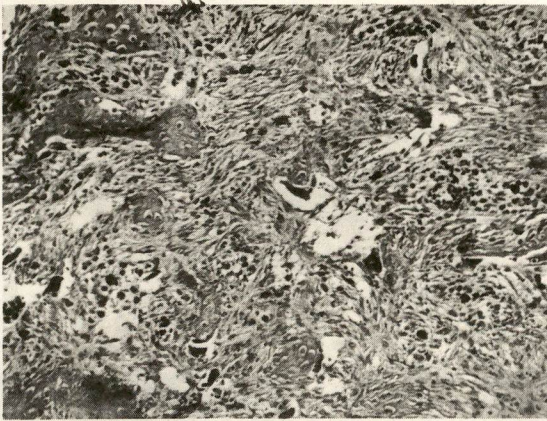


Fig. XV-4 - Aspecto microscópico. Zona ativa.

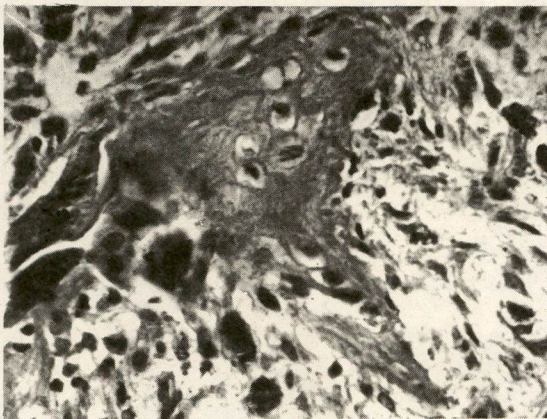


Fig. XV-5 - Aspecto microscópico. Zona ativa. Grande aumento.

logo ao ver as lâminas do caso, que fosse uma típica Displasia Fibrosa, mas há zonas muito ativas, com osteoblastos muito ativos, o que não é comum, porém, trata-se de uma lesão benigna evidentemente. Alguns americanos, como Kempes, o separaram como Fibroma Ossificante, encontrando-o principalmente na tíbia, e descrevendo-o como mais agressivo do que a Displasia Fibrosa comum. Eu não aceito essa entidade. Para mim, é uma forma de Displasia Fibrosa com maior atividade. Neste caso o tratamento

deve ser um pouco mais agressivo. Deve ser feita uma excisão ampla da lesão. Vi dois ou três casos como este, muito ativos, porém, não tão ativos como neste caso.

Dr. Prates — Tenho lido sobre o Fibroma Ossificante, mas não me convenceu de forma nenhuma. Um anel de osteoblastos em volta o diferenciaria da Displasia Fibrosa.

Dr. Lenzi — O professor dá valor à reticulina para diferenciar a Displasia do Fibroma Ossificante?

Prof. Schajowicz — Não. A única diferença é que, no chamado Fibroma Ossificante, existe uma grande atividade osteoblástica, com osteoblastos muito ativos, do tipo poliédrico ou cúbico, contrariamente à Displasia Fibrosa comum. A estrutura verticilar é muito semelhante à que se vê na Displasia comum e ambos têm muita reticulina. Já fiz coloração para reticulina em todos os casos, mas não há diferença.

Dr. Célio Elias — Se fosse um Fibroma Não-Ossificante seria uma lesão antiga e deveria, então, estar mais para a diáfise e não ocupar uma localização epifisária, como este.

Prof. Schajowicz — Sim, porém não se apresenta em nenhum momento o diagnóstico de Fibroma Não-Ossificante, que não apresenta ossificação metaplásica. Aqui, essa ossificação, que não é evidentemente reacional, faz parte do processo. Pode-se classificá-la dentro da Displasia Fibrosa, como eu acredito, ou separá-la, como outros querem. Mas, se fosse um Fibroma Não-Ossificante, você teria razão, isto é, com a idade ele teria "migrado" para a diáfise e não estaria tão acima.

Dr. Nany — O "Fibroma Ossificante" preocupa demais a gente. Li todos os trabalhos já publicados e me deram a impressão de que

não existe tanta atividade osteoclástica no Fibroma Ossificante que foi descrito. Neste caso ela salta aos olhos. Não lhe parece diferente?

Prof. Schajowicz — Tenho visto, às vezes, a Displasia Fibrosa apresentar bastante atividade osteoblástica e osteoclástica.

Dr^t Nany — Quando nós vemos essa atividade osteoclástica na Displasia Fibrosa, é sempre em relação a áreas de hemorragia. Neste caso, é nitidamente em relação às trabéculas ósseas, uma atividade osteoclástica intensa que não pode ser desprezada.

Prof. Schajowicz — E como se explicaria isto?

Dr^t Nany — Eu faria uma dosagem de fosfatase alcalina e investigaria o doente em relação a outras coisas, não só no sentido de neoplasias.

Dr. Kalil — O exame radiográfico do restante do esqueleto foi normal.

Prof. Schajowicz — Acredito que isto é, tipicamente, uma Displasia Fibrosa. E eu já vi, em vários casos, atividade osteoblástica e osteoclástica intensas como aqui. Interpretei isto como fase ativa e em remodelação de Displasia Fibrosa.

Dr. Kalil — Quanto ao tratamento, foi realizada a ressecção total da lesão, com colo-

cação de enxerto. Procurou-se preservar a articulação. Esta é uma radiografia um ano e meio após o enxerto. (Fig. XV-6).

Prof. Schajowicz — Isto exclui totalmente o Hiperparatireoidismo, pois já teria sido reabsorvido.

Foi feito o que se deve fazer nestes casos, isto é, uma ampla ressecção total da lesão.

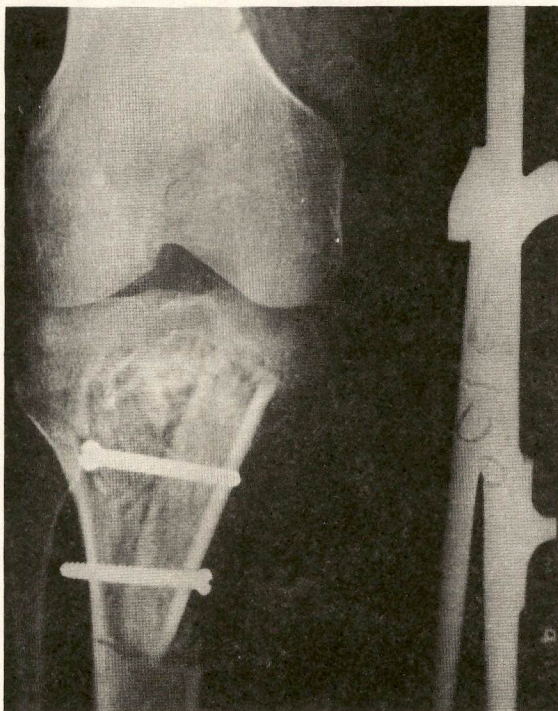


Fig. XV-6 - Rx pós-operatório tardio.

CASO XVI

Fibro-Histiocitoma de Tíbia

Caso contribuído pelo Dr. Ricardo K. Kalil ()*

Paciente do sexo masculino, com 13 anos de idade. Seus pais notaram aumento de volume localizado na face anterior do terço médio da perna direita, 6 meses após trauma no local. Ao exame físico, mostra aumento de volume e dor à palpação no local citado; a lesão era endurecida e livre dos planos superficiais.

Dr. Brenner — Conheço o caso e havia ainda na história relato de que a dor melhorava com aspirina. É uma lesão que determinou um espessamento da cortical com esclerose no terço médio, diafisário, da tíbia com duas ou três áreas de radiotransparência no seu interior. Logicamente que, com essa história, nessa idade, com este tipo radiológico, temos a tendência ao diagnóstico mais fácil de Osteoma Osteóide ou Osteoblastoma. Mas havia várias áreas radiotransparentes, o que me faz ficar em dúvida e pensar em uma lesão granulomatosa crônica como diagnóstico diferencial de Osteoma Osteóide. (Fig. XVI-1)

A radiografia da peça mostra duas lesões radiotransparentes, elípticas e pouco definidas nos seus limites (Fig. XVI-2).

Prof. Schajowicz — Esta é uma lesão muito difícil de interpretar radiologicamente. O primeiro diagnóstico que se pensa é Osteoma Osteóide, que às vezes tem a parte cen-

tral calcificada. O interessante é que apresenta mais de um foco, mas existem vários Osteomas Osteóides que têm 2 ou 3 focos e isto não é excepcional. No centro da radiografia vê-se uma zona mais densa, de maneira que o diagnóstico que se apresenta é de um Osteoma Osteóide com 2 ou 3 focos ou de um abscesso cortical com seqüestro central, que podem ter imagens muito semelhantes.

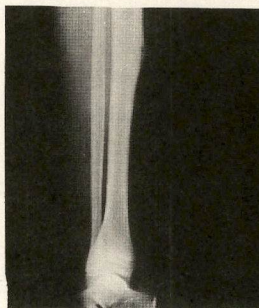


Fig. XVI-1 - Rx inicial.

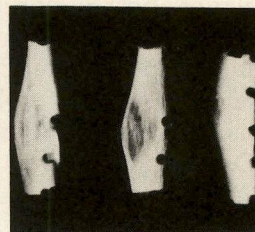


Fig. XVI-2 - Rx da peça cirúrgica.

O preparado histológico é um pouco desconcertante. Não é um Osteoma Osteóide, não é um abscesso cortical, pois tem tecido fibroso em vias de ossificação, porém, chamo a atenção para este tecido fibroso que tem um aspecto verticilar, mas sem células

(*) Chefe da Unidade de Patologia. Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hosp. das Doenças do Ap. Locomotor. Brasília — DF. Material enviado pelo Dr. Vasconcelos de Souza.

gigantes e sem pigmento. A microfotografia em visão panorâmica mostra aparentemente 3 focos que não têm aspecto de Osteoma Osteóide (Fig. XVI-3). Em maior aumento, vê-se o aspecto verticilar com algumas trabéculas ósseas rodeadas de osteoblastos na periferia da lesão. Existe ainda pequeno foco de infiltrado mononuclear. (Fig. XVI-4 e XVI-5). Isto pode ser interpretado como um antigo abscesso cortical em organização, ou o chamado Defeito Cortical Fibroso, ou Fibroxantoma, ou, como eu o classifico no momento, Fibro-histiocitoma. Eu o classificaria como este último. Já chamei esta lesão de Granuloma Histiocitário Xantomatoso, pois sabemos que lesões com este aspecto são de possível etiologia histiocitária. Evidentemente é um processo em reparação que está em fase de cura e eu suponho que se se tivesse deixado evoluir por mais tempo, ele talvez tivesse desaparecido. Talvez sejam estes alguns casos descritos pelos radiologistas como Osteoma Osteóide, diagnóstico puramente radiológico, que se curam sem nenhum tratamento. São seguramente alguns abscessos corticais ou como esta lesão, que também sabemos, segundo Caffey, que se curam espontaneamente. Eu gostaria de saber de outros colegas como interpretariam isto, excluindo o abscesso cortical e o Osteoma Osteóide:

Dr. Prates — Tenho a impressão de um processo de reparação de lesão que existiu mas que eu não sei qual seria. Pode ser alguma lesão de natureza inflamatória.

Prof. Schajowicz — Essa foi minha primeira impressão. Depois, quando vi a estrutura verticilar, achei que poderia ser um Fibro-histiocitoma, mas não se pode assegurar.

Observem a falácia da expressão "melhora com aspirina". Muitos fazem a diferença entre Osteoma Osteóide e Osteoblastoma porque a dor, no primeiro, melhora com aspirina. Se perguntarmos a um paciente com Osteossarcoma se a dor melhora com aspirina, ele responderá afirmativamente. Nós fizemos esta pesquisa, perguntando a todos os pacientes portadores de tumor se sua dor melhorava com o uso de aspirina e todos responderam, de modo geral, que sim. Qualquer processo hiperêmico acalma com aspirina.

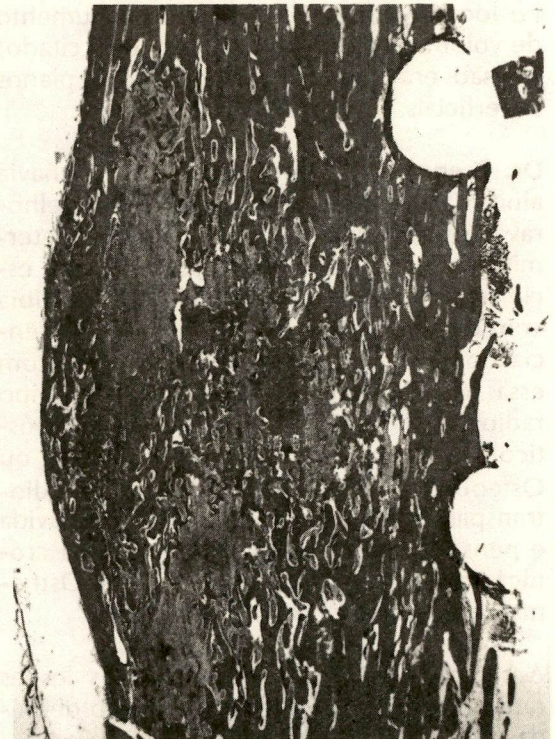


Fig. XVI-3 - Aspecto panorâmico do corte histológico.

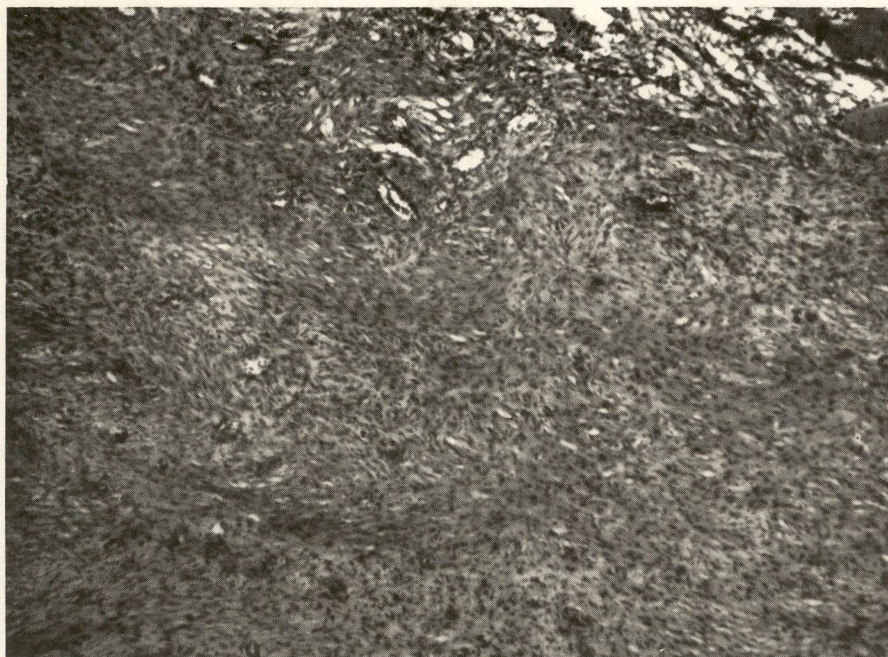


Fig. XVI-4 - Aspecto microscópico. Pequeno aumento.

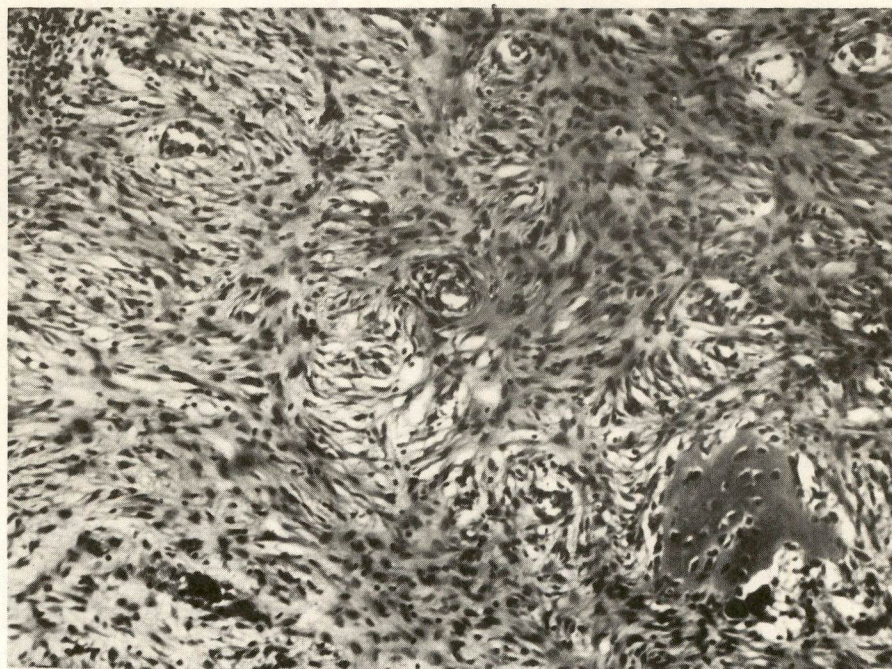


Fig. XVI-5 - Aspecto microscópico. Médio aumento.

CASO XVII

Neurofibroma de Perônio

Caso contribuído pelo Dr. Jayme B. de Marsillac ()*

Paciente do sexo masculino, branco, com 34 anos de idade que veio ao Instituto Nacional de Câncer com um tumor de partes moles da perna esquerda, presente desde os 9 anos de idade, já tendo sido operado 11 vezes. Narra ainda curetagem de cisto do perônio.

Dr. Brenner — Existe extensa alteração do perônio, com áreas líticas e fratura. Não vejo grande aumento de partes moles, mas como ele foi operado várias vezes, deve haver aí reconstituição de tecidos. A lesão intra-óssea é lítica e de limites nítidos superiormente e arredondada (Fig. XVII-1).

Prof. Schajowicz — Evidentemente é uma lesão benigna de partes moles com invasão óssea secundária. Isto se vê freqüentemente na chamada Fibromatose Agressiva. São lesões que se produzem nos espaços inter-ósseos. Tenho um caso entre o cúbito e o rádio. Apesar de benignos, recidivam localmente, infiltram o osso e, afinal, tem que ser feito um tratamento bastante agressivo para acabar com a lesão, que não metastatiza. Outra lesão que pode dar esse aspecto crônico, recidivamente, é a Neurofibromatose ou um Neurofibroma local com infiltração óssea. Eu tenho visto isto na Neurofibromatose, mas nunca vi no Neurofibroma localizado. Mas muitas vezes a Fibromatose Agressiva descrita por Enzinger dá um aspecto exatamente igual.

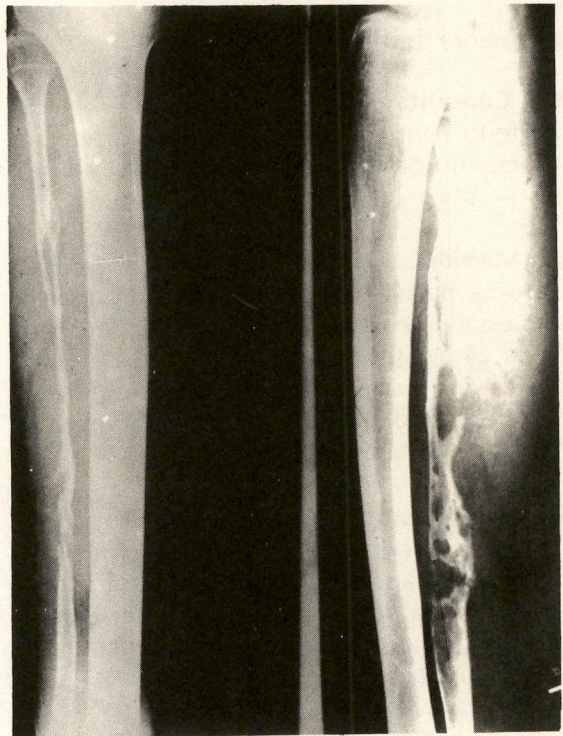


Fig. XVII-1 - Rx inicial.

Dr. Marsillac — Nós operamos o caso e fizemos uma ressecção alargada de partes moles e ressecção do perônio (Fig. XVII-2).

(*) Chefe da Seção de Tecidos Ósseos e Conjuntivos, em colaboração com Dr. Onofre Castro, Chefe do Serviço de Anatomia Patológica. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro — RJ.

Prof. Schajowicz — A histologia é de uma lesão constituída por tecido fibroso, fascicular, com células muito alongadas. A Fibromatose Agressiva é mais celular, mais fascicular e menos frouxa. O aspecto é o mesmo, tanto na lâmina de partes moles como na de material intra-ósseo. Por outro lado, é mais celular do que o chamado Desmóide. Este caso me parece mais uma Neurofibromatose ou um Neurofibroma. (Fig. XVII-3)

O comportamento é de uma Fibromatose Agressiva, mas a histologia é de Neurofibroma. A ressecção feita foi generosa, como realmente deve ser.

Dr. Consentino — Gostaria de saber o que foi feito com o ligamento que se insere na cabeça do perônio e o que foi feito na região subtalar para manter a articulação.

Dr. Marsillac — O paciente tem o problema de uma perna muito atrofiada porque ele tem essa lesão desde os 9 anos de idade, isto é, há 25 anos, tendo sofrido 11 ressecções parciais de partes moles e uma curetagem óssea, estando, portanto, com a anatomia da região bastante modificada.

Dr. Consentino — Nós temos também um caso de Fibromatose Agressiva em que foi necessária a amputação pela grande infiltração do antebraço, do espaço inter-ósseo, destruindo completamente a musculatura e a parte nervosa.

Dr. Marsillac — Parece mesmo uma Fibromatose, aparentemente, por que o doente não tem outra lesão, nem manchas café-com-leite, para se poder chamar isto de Neurofibromatose.

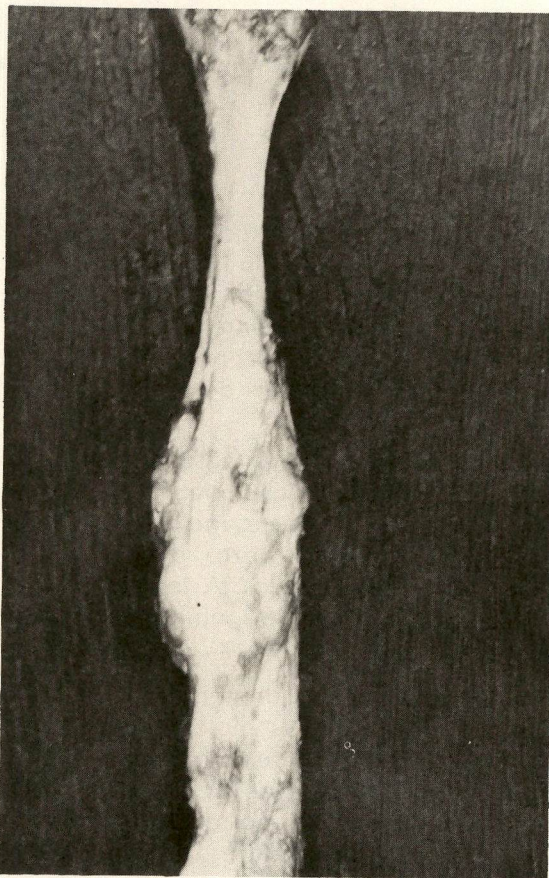


Fig. XVII-2 - Peça cirúrgica.

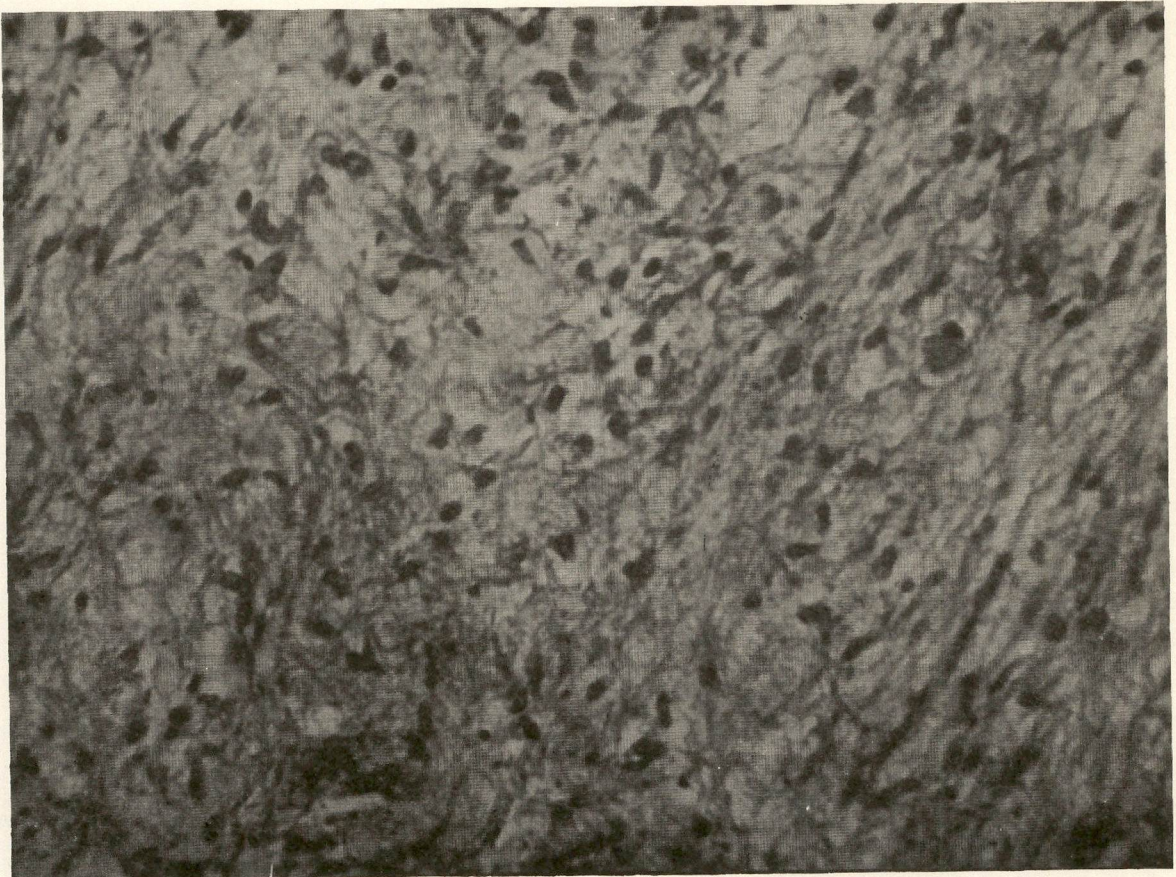


Fig. XVII-3 - Aspecto microscópico.

CASO XVIII

Mastocitose Óssea

Caso contribuído pela Dr^a Nany Renzo B. de Oliveira ()*

Paciente de 36 anos de idade, casada, preta, que há 1 ano, após aborto espontâneo de 5 meses, passou a sentir cefaléia que se exacerbava por ocasião da menstruação. Durante o

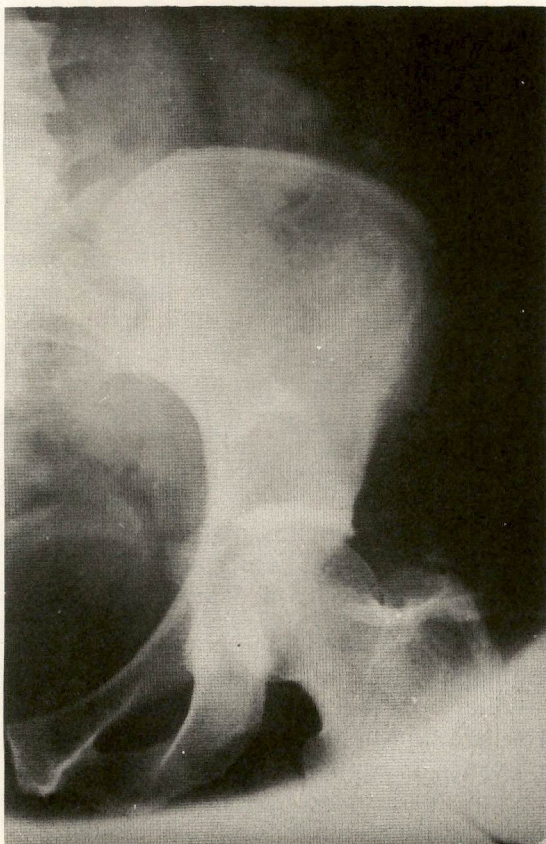


Fig. XVIII-1 - Rx das lesões de bacia.

aborto teve várias hemorragias, tendo tomado 3 litros de sangue. Apresenta também dor na coxa esquerda há um ano. Tratou-se com vários médicos sem obter melhora. Engordou 10 kg durante esse último ano.

Dr. Brenner — Na radiografia da bacia vemos uma área de lise relativamente bem delimitada pela parte externa e um pouco menos pela parte interna (Fig. XVIII-1). O crânio mostra zonas bastante densas e difusas, sobretudo na calota, com áreas mais transparentes (Figs. XVIII-2 e XVIII-3).

Dr^a Nany — Diante desse aspecto radiológico nós não sabíamos em que pensar e, por ser ela preta, foi pedida prova de falcização que foi negativa. Foi feita uma biópsia um ano após a consulta inicial, mostrando tecido fibro-xantomatoso e processo inflamatório crônico. Existiam também algumas células que nos chamaram a atenção, mas nós as interpretamos como parte do processo inflamatório, pois a gente vê mastócitos em muitas outras lesões, como até em calo de fratura. A paciente, entretanto, continuou com a sintomatologia, com cefaléia intensa que se acentuava com o frio e crises de diarreia. Não foram encontradas alterações neurológicas. Foi feita nova biópsia, de

(*) Dept^o de Ortop. e Traumat. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina da USP (Prof. Flávio Pires de Camargo).

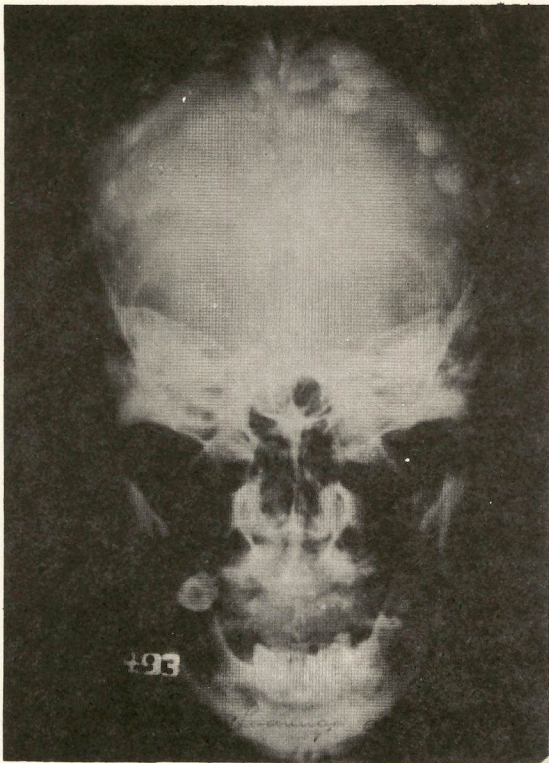


Fig. XVIII-2 - Rx das lesões de crânio (AP).

ilíaco, chamando mais a atenção a presença dessas células que nos pareciam de natureza mastocitária. Solicitei dosagens de histamina e serotonina que foram negativas. Isto pode ser devido a que as lesões não eram extensas, porém mais localizadas. Solicitei, então, a ajuda do Prof. Ivan Motta, que é muito interessado em mastócitos. Como o material já estava descalcificado, ele modificou o pH de algumas lâminas não coradas, corou-as a seguir e chegou à conclusão de que realmente se tratavam de mastócitos. Enviei as lâminas a um conhecido especialista em Mastocitose, nos Estados Unidos, que confirmou o diagnóstico de Mastocitose.

A lâmina mostrava uma fibrose medular com células redondas de tipo inflamatório e com essas células com granulações vermelhas,

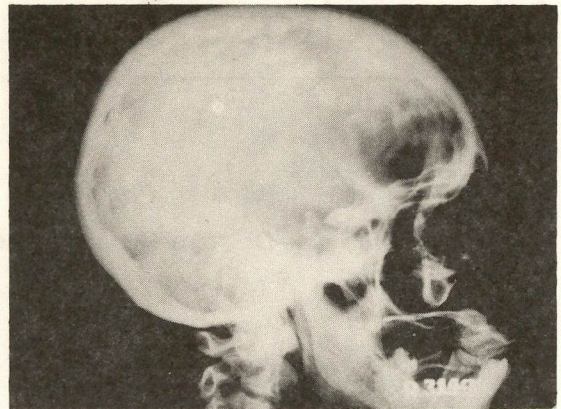


Fig. XVIII-3 - Rx das lesões de crânio (perfil).

metacromáticas ao azul de toluidina, no citoplasma (Fig. XVIII-4).

A paciente foi tratada com anti-histamínicos, cessando completamente a cefaléia. Quando diminuía a dose de anti-histamínico, a cefaléia retornava.

Dr. Lenzi — Nós temos experiência com Mastocitose de pele, em que é muito mais intenso o infiltrado mastocitário, e por isso eu confesso uma surpresa no caso. Fazendo azul de toluidina com freqüência como nós fazemos, em pele e apêndice cecal por exemplo, nós temos encontrado muito mais mastócitos do que apresenta este caso, sem que se trate de Mastocitose.

Dr. Andrade Filho — Porém o achado aumentado de mastócitos, mais os outros achados, como fibrose, processo inflamatório, etc., levam ao diagnóstico de Mastocitose.

Prof. Schajowicz — Não será o mesmo que acontece com o Mieloma, que, na presença de 5 a 7% de plasmócitos maduros, alguns já rotulam de Mieloma? Temos que insistir na presença de elementos imaturos, isto é, mastócitos imaturos ao lado de mastócitos maduros, plasmoblastos ao lado de plasmócitos maduros.

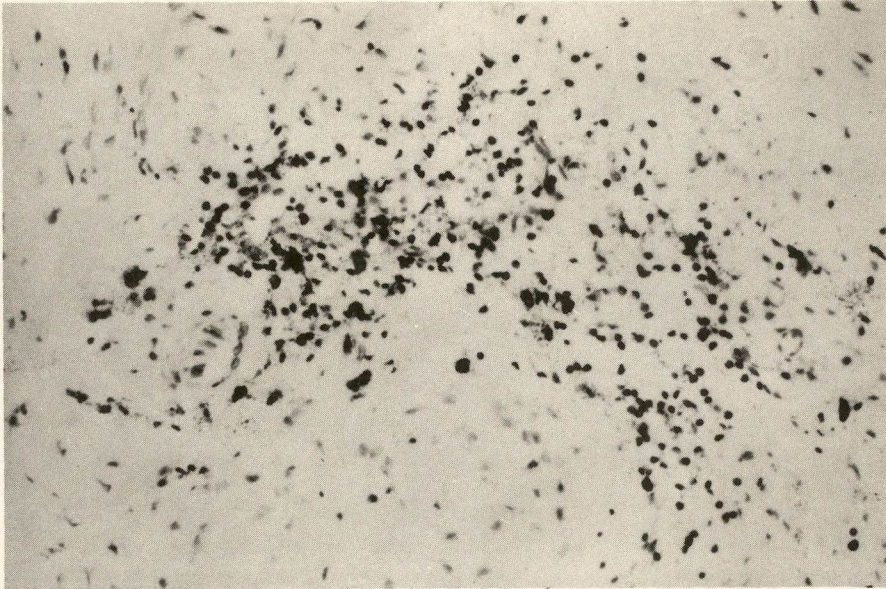


Fig. XVIII-4 - Aspecto microscópico das granulações metacromáticas. (azul de toluidina.)

Dr. Prates — Acontece também que na medula óssea não é tão freqüente o encontro de mastócitos. Eles são raros na medula óssea, principalmente margeando as trabéculas ósseas. Mas é claro que não é a presença de uma ou duas células que vai fazer o diagnóstico. Temos a correlação radiológica, clínica, a resposta terapêutica e o teste definitivo é a dosagem de histamina na urina, que pode ser negativa porque a sintomatologia é variada, isto é, varia com a maior ou menor liberação de histamina pelos mastócitos. Na fase de recesso as dosagens podem ser normais. Um trabalho sueco mostra que as dosagens diárias de histamina mostravam até uma semana com dosagens normais e, de repente, estava 20 vezes acima do normal.

Dr. Nany — E neste caso é nítido que os mastócitos são em aglomerados.

Dr. Prates — Respondendo a uma observação que foi feita anteriormente, devo dizer que a Mastocitose cutânea, a Urticária Pigmentosa, apresenta uma quantidade de mastócitos muito maior do que a Mastocitose óssea e existem trabalhos publicados, principalmente na literatura francesa, relatando várias formas clínicas de Mastocitose. Um autor finlandês, por exemplo, apresenta mais de 600 casos em trabalho publicado na Presse Médicale. De forma que ela não é tão rara, com exceção da forma óssea pura, que pode ainda ser em forma de lesão única ou lesões múltiplas.

CASO XIX

Osteomielite com Focos Múltiplos

Caso contribuído pelo Prof. Marino Lazzareschi (*)

Paciente do sexo masculino, de 22 anos de idade, que foi admitido à Clínica Médica do Hospital São Paulo em 10 de junho de 1975. Tinha queixas de febre, cefaléia, tosse seca, calafrios e dor na região infraclavicular esquerda há 3 dias. Depois apresentou escarros hemoptóicos. Foi feita radiografia de tórax a qual evidenciou uma lesão óssea do arco posterior da terceira costela, lesão osteolítica, insuflante, de bordos adensados e multilocular (Fig. XIX-1). Suspeitou-se de uma

lesão parenquimatosa que envolveu a costela, possivelmente tuberculose, mas todos os exames foram negativos. Foi solicitada então a opinião da Ortopedia e, revendo a história do paciente, observamos um fato curioso: 9 meses antes da internação o paciente sentiu dores na raiz da coxa esquerda, com impotência funcional, tendo sido inter-

(*) Hospital S. Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo — SP.

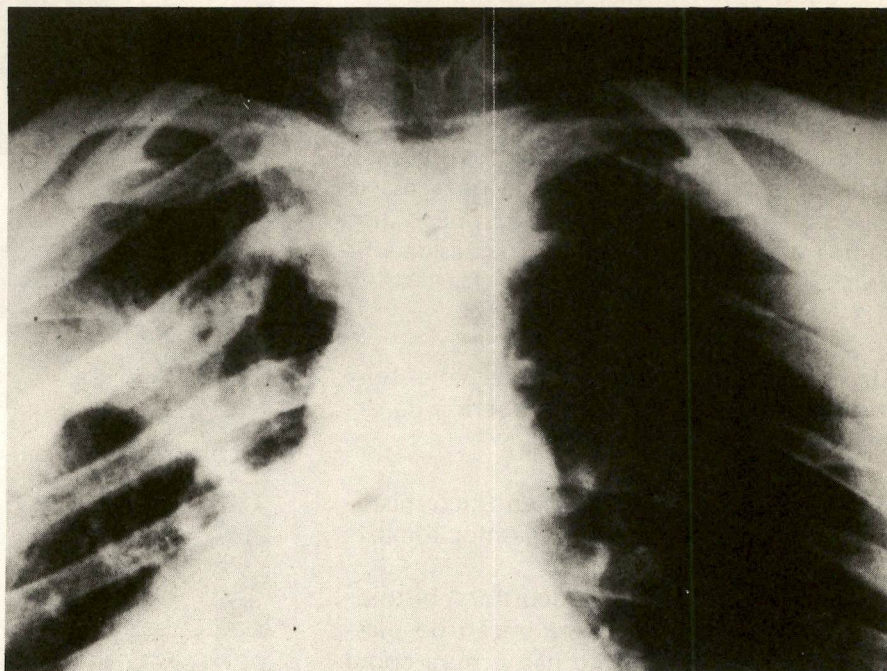


Fig. XIX-1 - Rx das lesões costais à direita.

nado em um hospital com o diagnóstico de reumatismo. Nessa ocasião, ele apresentou febre alta durante 3 dias, tendo também, nessa época, apresentado um "furúnculo" na face lateral do tórax que fistulizou e permaneceu aberto durante um mês. Melhorando, teve alta do hospital, passando a ter, esporadicamente, crises dolorosas na região lombo-sacra com irradiação para o membro inferior esquerdo.

Ao exame físico, o estado geral era bom, marcha normal. Cicatriz na face lateral do hemitórax medindo 0,10 x 0,15 cm, aliás, 1,00 x 1,50 cm, irregular e aderente aos planos profundos. Havia alteração na 8ª costela direita que se revelou, na radiografia, muito semelhante à da 3ª costela. O hemograma mostrou leucocitose: 14.000/mm³, neutrofilia sem desvio à esquerda e hemossedimentação de 52 mm. Leucocitúria. A eletroforese de proteínas mostrou discreta albuminemia, aumento discreto de gama-globulina, sendo o total normal. Escarro normal.

Opinamos, então, que o paciente tinha apresentado uma osteomielite de evolução insidiosa, com dois focos e opinamos pela ressecção. Foi retirado o 3º arco costal e o aspecto macroscópico era de uma massa caseosa amarela. Foram feitas depois outras radiografias que revelaram alterações da articulação sacro-iliaca e do crânio (Figs. XIX-2, XIX-3 e XIX-4).

Dr. Brenner — Existe esclerose com borramento discreto da parte superior da articulação sacro-iliaca.

Prof. Lazzareschi — O diagnóstico histopatológico na ocasião foi de Plasmocitoma.

Prof. Schajowicz — Não concordo. A histologia mostra uma intensa infiltração de plasmócitos, mas a infiltração não é pura como

no Mieloma, e está acompanhada de abundantes elementos linfocíticos, histiocíticos, xantomatosos, como se vê em processos crônicos, supurativos ou não. Isto é, sem dúvida, uma Osteomielite com focos múltiplos (Figs. XIX-5 e XIX-6).

Prof. Lazzareschi — Foi feita nova biópsia ao nível da sacro-iliaca, tendo sido notado o mesmo aspecto macroscópico: cavidades multiloculadas com paredes densas, com material friável no seu interior, que se estendia quase até a pele, como se fosse uma fístula. O hematologista afirmou na ocasião, com base em esfregaços, que não era Mieloma, mas sim uma reação plasmocitária

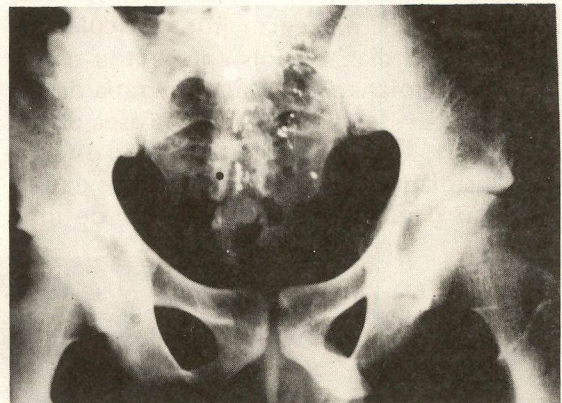


Fig. XIX-2 - Rx das articulações sacro-iliacas.



Fig. XIX-3 - Rx das lesões de crânio (AP).



Fig. XIX-4 - Rx das lesões de crânio (perfil).

a um processo inflamatório ou infeccioso local, crônico, enquanto que a histopatologia reafirmava o diagnóstico inicial de Pasmocitoma. Outro patologista sugeriu tratar-se de Histiocitose. Diante desse desacerto, nós resolvemos tratá-la como Osteomielite.

Dr. Bitar — Radiologicamente e clinicamente já me parecia um processo inflamatório crônico infeccioso.

Dr. Consentino — Exatamente. Eu nunca vi nenhum caso de Mieloma Múltiplo em paciente de 22 anos.

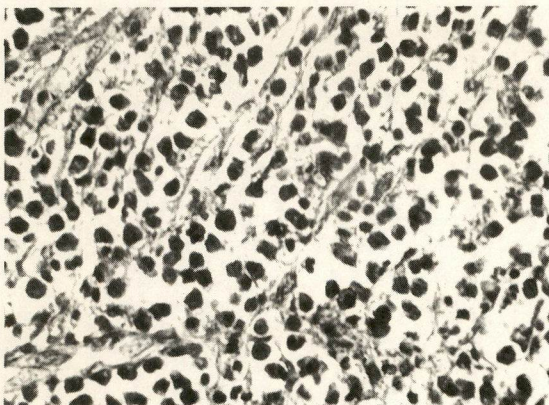


Fig. XIX-5 - Aspecto microscópico. Infiltrado mononuclear com predomínio de plasmáticos.

Dr. José Luiz Furtado — Eu já vi um caso semelhante a este. Era uma Actinomicose que também evoluiu com fístulas e lesões costais.

Prof. Lazzareschi — Foram feitos vários exames, inclusive cultura do material, não tendo sido encontrado nada significativo. Também para Mieloma todos os exames foram negativos.

Dr. Prates — Gostaria de saber se foi feita cultura especificamente para fungos, pois existem alguns que não aparecem nas colorações histológicas de rotina.

Prof. Lazzareschi — Todos os exames para fungos foram negativos.

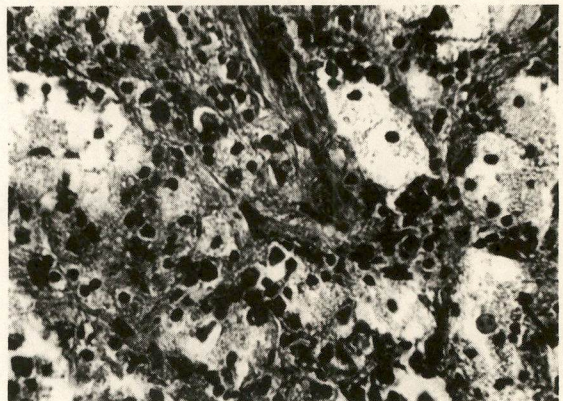


Fig. XIX-6 - Aspecto microscópico. Zona histiocitária.



Fig. XIX-7 - Aspecto microscópico. Pequeno aumento.

CASO XX

Cisticercose Óssea por *Cysticercus Racemosus* (*)

Caso contribuído pela **Dra. Nany Renzo B. de Oliveira (**)**

Paciente preto, lavrador, com 66 anos de idade. Foi admitido ao Hospital das Clínicas com fratura traumática da perna direita. Tinha também no tornozelo esquerdo, um tumor de 8,0 x 8,0 cm, de consistência mole, com pequenos nódulos arredondados palpáveis, de vários tamanhos. Trabalhou em fazenda de criação de gado até os 41 anos de idade. Em outro local, trabalhou com carneiros e cães pastores durante 2 anos. Indo para São Paulo, já com 53 anos, notou o aspecto tumefeito do tornozelo e não foi possível trabalhar durante 1 ano devido a dor nessa região, que era intermitente.

Dr. Brenner — Vemos, na radiografia, aumento de volume do terço inferior da perna, com várias áreas arredondadas líticas. Há reação do periósteo, algumas excrecências, e alguns nódulos de partes moles sobre a lesão óssea. Não parece haver alteração articular. (Fig. XX-1). Em lesão pouco difusa, de evolução longa, lembro em primeiro lugar um processo granulomatoso.

Dra. Nany — A peça mostrava cavidades císticas, parecendo haver uma membrana. Pensamos então em Cisto Hidático. Mas o aspecto era de cavidades císticas que se continuavam, aspecto nitidamente racemoso, como se fosse o *Cisticercus racemosus* do cérebro.

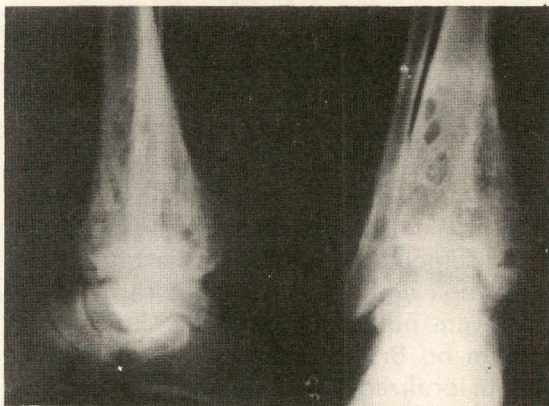


Fig. XX-1 - Rx inicial.

Havia, em torno, um tecido de aspecto fibroso, granulomatoso. Em algumas áreas o parasita parecia estar morto, com calcificações e reação granulomatosa de corpo estranho (Fig. XX-2). Foram feitas radiografias de cérebro e pulmões, a fim de se pesquisar a ocorrência de outras lesões. Foi apenas achado um nódulo no antebraço que confirmou o diagnóstico.

(*) Ref.: Rey, L., Oliveira, N.R.B. & Faure, R. — Bone cysticercosis by *Cysticercus racemosus*. Rev. lat.-amer. Microbiol. Parasitol. 11:61-67, 1969.

(**) Depto. de Ortop. e Traumat. do Hosp. das Clínicas da Fac. de Medicina da USP (Prof. Flávio Pires de Camargo).

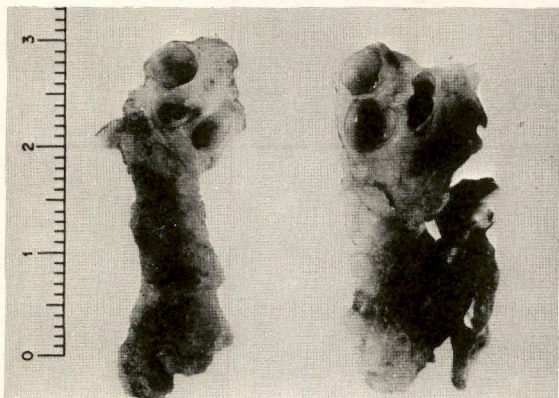


Fig. XX-2 - Peça cirúrgica. Material da lesão do braço.

O caso foi apresentado no Congresso de Patologia de Ribeirão Preto e, posteriormente, tratamos de sua publicação, juntamente com o Dr. Luís Rey, parasitologista que nos auxiliou muito no caso. Na ocasião ele achou que faltava na nossa bibliografia um trabalho alemão, uma vez que este parasita é muito semelhante a um parasita que existe na Europa em cães pastores e carneiros e que é um pouco diferente da Cisticercose comum no Brasil. Baseado nesse trabalho, que foi localizado, confirmamos o diagnóstico e publicamos o caso (vide referência na primeira página).

O *Cysticercus racemosus* tem o aspecto descrito e vai se infiltrando pela medula óssea, apesar de todo o tecido fibroso que se encontra em torno (Figs. XX-3 e XX-4).

Prof. Schajowicz — É mais um caso raro, de difícil diagnóstico, e que somente um parasitologista experiente poderia diagnosticar definitivamente. Nós temos visto, em Buenos Aires, alguns casos semelhantes, mas de Actinomicose, Cisticercose, etc.

Dr. Prates — Apenas uma observação: é possível se fazer em cinco minutos o diagnóstico de Cisticercose. Abre-se a vesícula,

tira-se uma pequena bolinha branca (o escólex do parasita), espreme-se entre duas lâminas e vê-se ao microscópio, sem coloração e sem inclusão.

Prof. Schajowicz — Isso nós fazemos sempre no Cisto Hidático e, apesar de que os livros dizem que no Cisto Hidático ósseo não há escólex, não há ganchos, nós os temos visto muitas vezes.

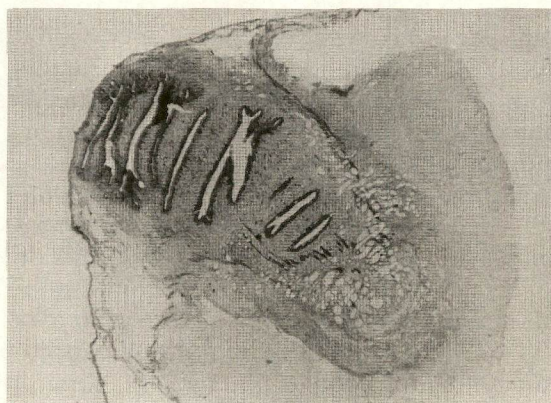


Fig. XX-3 - Aspecto microscópico.

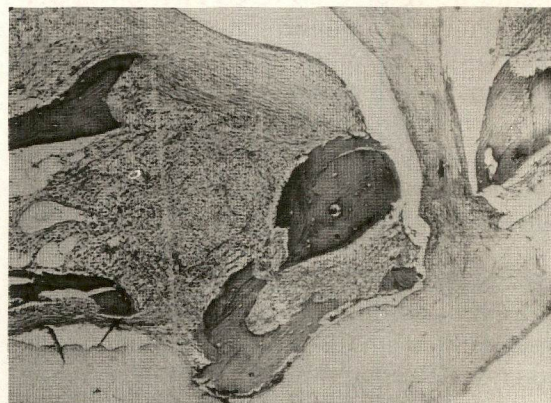


Fig. XX-4 - Aspecto microscópico infiltrante.

CASO XXI

Miosite Ossificante

Caso contribuído pelo Dr. Ricardo K. Kalil ()*

Paciente do sexo masculino, com 38 anos de idade, pedreiro. Há 8 anos apresenta "dormência" esporádica na perna esquerda que melhora com massagens. Há aproximadamente 6 meses, as crises de câibras são mais frequentes e passou a notar atrofia muscular

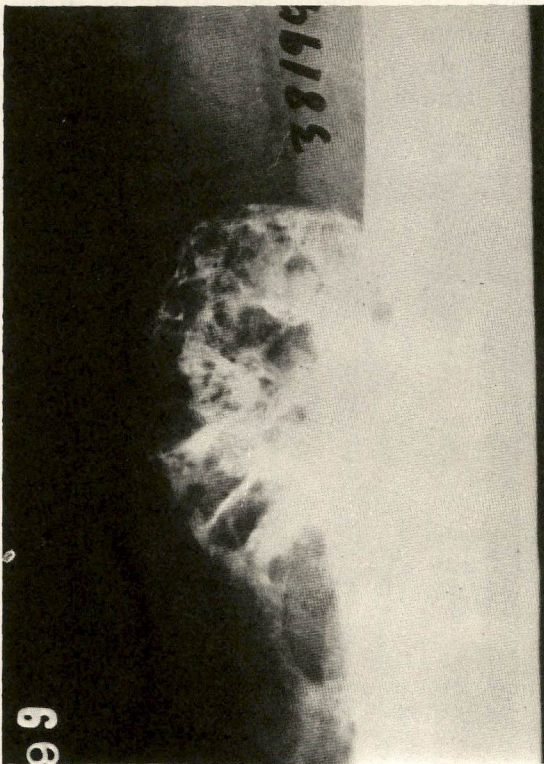


Fig. XXI-1 - Rx inicial.

no membro inferior esquerdo. A dor melhora com analgésicos e relata perda de peso de 11 kg em 3 meses. Ao exame físico, apresenta discreta hipotrofia da coxa esquerda, dor à palpação do terço médio da coxa, reflexos patelar e aquileu esquerdos bastante diminuídos. Fosfatase alcalina: 11,7 U.K.A.; cálcio: 8,5 mg%; fósforo: 3 mg% (séricos); neutrofilia; V.H.S.: 40mm na 1ª hora.

Dr. Brenner — Radiologicamente, a lesão é ligada à cortical, é bem delimitada, apresentando septação grosseira com áreas de menor densidade de permeio, com um certo arranjo trabecular. A lesão se estende distalmente, é posterior e apresenta delimitação nítida. Para baixo da lesão, existe alargamento da cortical com uma proliferação que nos parece de osso trabeculado, mas de certa irregularidade, e a cortical está espessada. (Fig. XXI-1). A radiografia de tórax apresenta pequenos nódulos com densidade cálcica bilateralmente, mais acentuada do lado direito. (Fig. XXI-2).

Nós ficamos realmente em sérias dúvidas, porque, do ponto de vista radiológico, a lesão isolada do fêmur nos parece uma lesão benigna, mas a associação destas lesões calci-

(*) Chefe da Unidade de Patologia. Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hosp. das Doenças do Ap. Locomotor. Brasília — DF. Material enviado pelo Dr. Nilo Dourado.

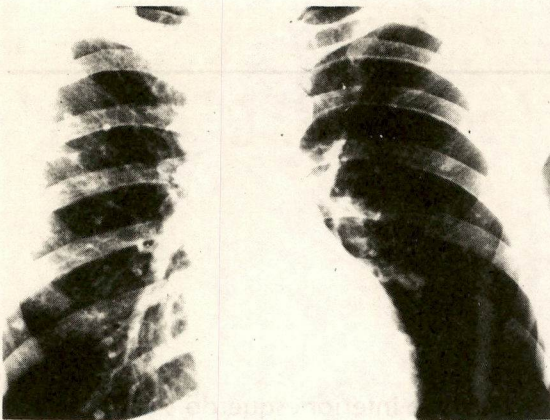


Fig. XXI-2 - Rx de tórax. Pequenas lesões modulares calcificadas nos pulmões.

ficadas nodulares do pulmão, a perda de peso, a velocidade de hemossedimentação aumentada, levam-nos a fazer um diagnóstico que enquadre os dois tipos de lesão. Temos, então, a possibilidade de uma lesão benigna, como um Condroma Justacortical, que tivesse se malignizado e estivesse dando metástases calcificadas. Mas esse diagnóstico não nos convence muito face à massa da coxa ser muito bem delimitada. Outra possibilidade é que se trate de uma lesão benigna isolada e aqui incluímos uma lesão cartilaginosa e uma Miosite Ossificante.

Dr. João Luiz Fernandes — Eu acrescentaria, aos diagnósticos do Dr. Brenner, um Cisto Aneurismático subperiosteal.

Dr. Consentino — Não me parece bem o aspecto, mas deve-se lembrar sempre dessas lesões que ocorrem na terceira ou quarta década da vida, um Osteossarcoma Justacortical, apesar de ser bem delimitado, porque às vezes o Justacortical é até mais bem delimitado.

Prof. Schajowicz — O diagnóstico, do ponto de vista radiológico, ficaria entre um tumor justacortical e uma chamada "Miosite Ossificante", que Jaffe chama de Tumor Pseu-

dossarcomatoso de Partes Moles que, para mim, é a mesma coisa. É mal chamada Miosite Ossificante porque não é uma miosite. Sou contra o Osteossarcoma Justacortical porque ele é muito mais denso, mais escleroso, nunca com tantas auréolas de tipo lítico como neste caso. O Condrossarcoma Justacortical não seria tão má idéia, pois é diafisário, mas não tem calcificações como nos tumores cartilagosos. Além disso, não é a localização preferencial de Osteossarcoma Justacortical. Eu tenderia, então, para a Miosite Ossificante.

Na radiografia do corte de 0,5 cm da peça, vê-se pouca calcificação, muito menos do que na radiografia do paciente. A cortical me parece ilesa e há discreta reação periosteal (Fig. XXI-3). A fotografia da peça apresenta zonas muito hemorrágicas, zonas aparentemente condróides e a cortical está respeitada (Fig. XXI-4). O aspecto macroscópico não é de Condrossarcoma Justacortical.

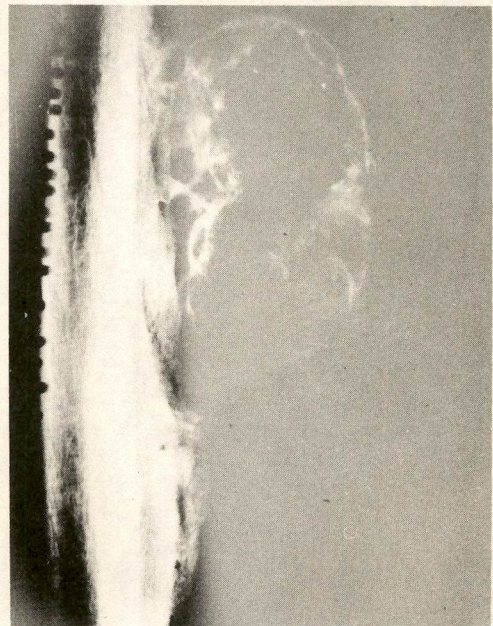


Fig. XXI-3 - Rx de corte da peça cirúrgica.

que é muito cartilaginoso e tem zonas de calcificação.

Evidentemente, é preciso ver a histologia para se fazer o diagnóstico. Esta mostra revestimento perióstico periférico e a parte periférica da lesão constituída por osso maduro, separado de uma medula fibrosa, de maneira que existe uma maturação em direção à periferia da lesão (Fig. XXI-5). Contrariamente ao que existe no Osteossarcoma ou em qualquer tumor maligno, em que a parte periférica é sempre a mais agressiva, mais maligna, na Miosite Ossificante é a parte central que parece muito suspeita de malignidade. É, em geral, muito vascular, muito celular e na parte periférica se produz a maturação. O presente caso mostra que a parte central é do tipo fibroso, não é típica, tem muitos vasos e, às vezes, vêem-se células gigantes e hemorragia (Fig. XXI-6).

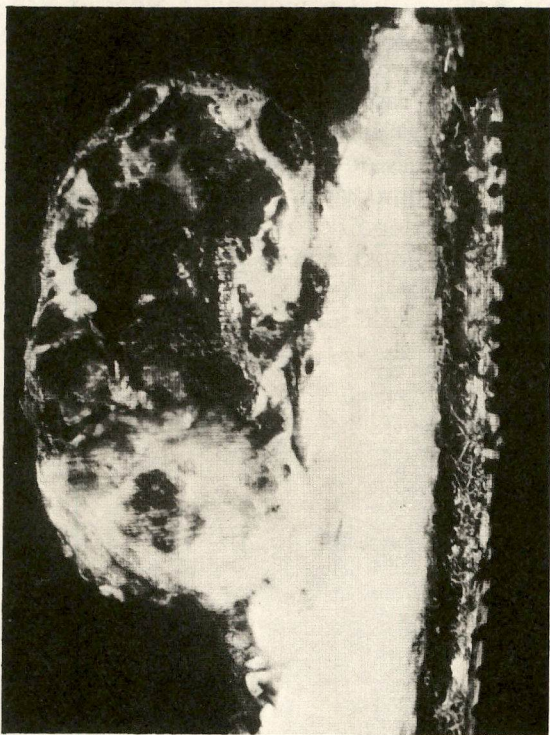


Fig. XXI-4 - Peça cirúrgica, corte.

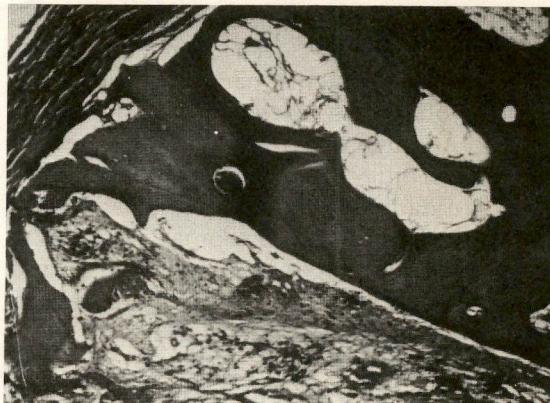


Fig. XXI-5 - Aspecto microscópico. Periferia da lesão.

Em conclusão, o aspecto histológico não é muito característico da Miosite Ossificante. Eu esperava ver alguma coisa mais, como uma zona central celular, hemorrágica, com células gigantes e uma neoformação óssea periférica, mas aqui não vejo nenhuma sugestão histológica de malignidade. Eu deixaria este caso como a chamada Miosite Ossificante e esperaria a evolução. As lesões pulmonares, evidentemente, não têm nada que ver com o caso. São provavelmente um processo granulomatoso calcificado, de maneira que eu espero que a lesão da coxa evolua perfeitamente bem.

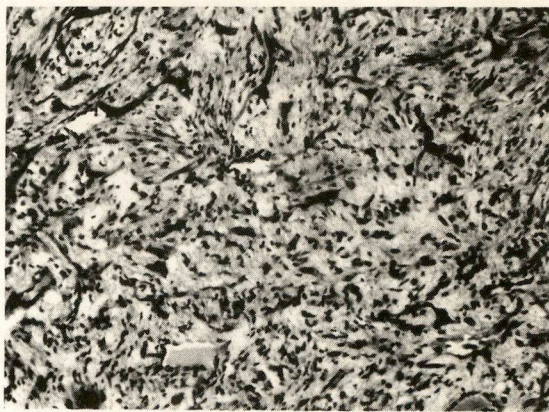


Fig. XXI-6 - Aspecto microscópico. Centro da lesão.

Dr. Lenzi — Eu vi as lâminas deste caso e elas mostram pequena área com pequenas alterações císticas que não foi fotografada, mas o global da lesão realmente não sugere o Cisto Aneurismático. Na verdade, também não pensei em Miosite Ossificante pela grande quantidade de vasos e fibrose, parecendo mais ser um tipo "parosteoma", uma lesão traumática, um processo hemorrágico que sofresse organização, inclusive com hemorragia subperiosteal.

Dra. Nany — É incomum esta histologia, mas se enquadra muito bem no que o Dr. Lenzi falou, no hematoma subperiosteal com ossificação, que eu acho que é uma idéia excelente.

Prof. Schajowicz — Não sei se vale a pena separar Miosite Ossificante de hematoma pós-traumático, pois para mim não existe diferença. Já vi muitos casos de ossificação justacortical pós-traumática secundária a hematoma subperiosteal, de modo que podem chamar de "hematoma subperiosteal" ou "miosite ossificante", como queiram. Ackerman chamou a atenção de que se trata de uma metaplasia osteocartilaginosa justacortical, extra-óssea. Alguns têm uma etiolo-

gia traumática nítida, com hematoma em organização, enquanto que outros não a têm.

Dr. Nany — Talvez seja apenas questão de nomenclatura, mas eu não gostaria de chamar este caso de Miosite Ossificante.

Dr. Brenner — Apenas um comentário a respeito das lesões do tórax. Nova radiografia depois de 60 dias não mostrou alteração das lesões, favorecendo o diagnóstico de uma lesão crônica separada da lesão óssea.

Dr. Lenzi — Talvez caiba aí o diagnóstico de Histoplasmose Pulmonar, muito comum.

Dr. Torloni (Moderador) — O caso foi suficientemente estudado do ponto de vista histológico?

Dr. Kalil — Foi. Chamou-nos a atenção esse aspecto de "zoneamento", com a parte mais madura por fora, mas estranhamos a fibrose e a grande vascularização do interior da lesão. No entanto, apresentava outras características de Miosite Ossificante, como áreas de hemorragia, processo inflamatório e, no final, depois de muito rever e discutir o caso, chegamos a esse diagnóstico.

CASO XXII

Fibromatose Múltipla

Caso contribuído pelo Dr. Hans H. Japp (*)

Criança de 2 anos de idade, que foi ao hospital porque apresentava um nódulo na região subescapular, intercostal, sem dor, sem nenhuma outra sintomatologia a não ser que atrapalhava os movimentos do membro superior direito. Apresentava também manchas café-com-leite. Foi feita uma biópsia e, 5 meses após, ocorreu recidiva no mesmo local, com extensão do tumor para o mediastino posterior, tendo sido, nesta segunda internação, submetido a exame radiológico.

Nas metáfises proximais de ambos os fêmures nota-se o mesmo tipo de lesão, bem como no íliaco (Fig. XXII-2). Nas metáfises distais dos fêmures, novamente, lesões líticas, mas delimitadas e sem esclerose (Fig. XXII-3). Este aspecto, isoladamente das outras lesões, se tivesse um pouco mais de esclerose, seria um Defeito Fibroso Cortical. Existe, ainda, uma vértebra dorsal colapsada (Fig. XXII-4).

Dr. Fernandes — Eu tive oportunidade de estudar este caso e acho que a primeira

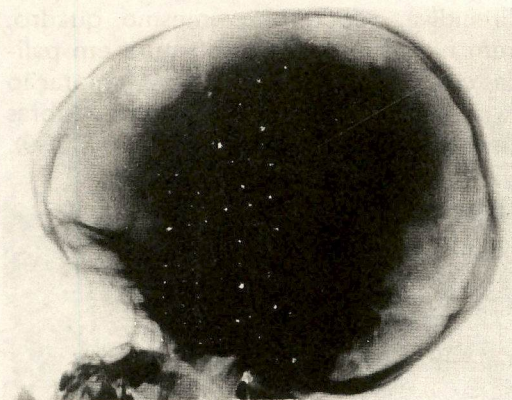


Fig. XXII-1 - Rx de crânio, perfil.



Fig. XXII-2 — Rx de bacia e 1/3 proximal das coxas. Lesões metafísicas.

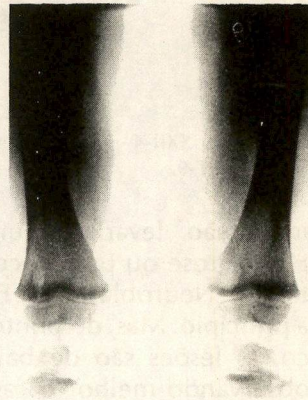


Fig. XXII-3 - Rx de 2/3 distais das coxas. Lesões metafísicas.

Dr. Brenner — As radiografias mostram, no crânio, lesões líticas, mas definidas, sem reação de esclerose no contorno (Fig. XXII-1).

(*) Neuropatologista do Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek — Hospital das Doenças do Aparelho Locomotor e do 1º Hospital Distrital de Brasília — Brasília — DF.

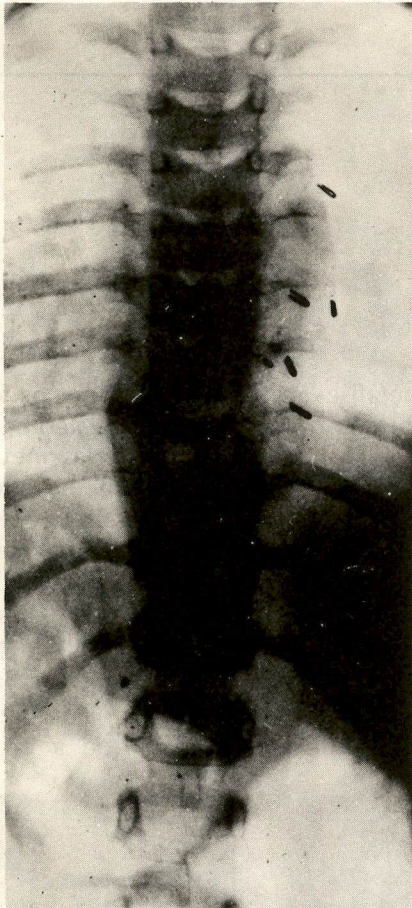


Fig. XXII-4 - Rx de coluna dorsal. Colapso de T-9.

impressão levaria a um diagnóstico de Histiocitose ou um processo metastático do tipo de Neuroblastoma. Foi o que pensamos a princípio. Mas, do ponto de vista radiológico, as lesões são de baixa agressividade e observando melhor o caso, vendo a evolução, nós passamos a aventar a hipótese de outro diagnóstico, que vai ser discutido pelo Dr. Japp.

Dr. Prates — É claro que o primeiro diagnóstico que se pensa é Histiocitose, mas, no início da história clínica, foram referidas

manchas café-com-leite e um nódulo cutâneo e eu levantei a hipótese de Neurofibromatose.

Prof. Schajowicz — Mas, você conhece algum caso de Neurofibromatose com lesões ósseas múltiplas assim?

A primeira impressão que tive, quando vi as lesões metafisárias, foi metástase de Neuroblastoma. Em segundo lugar, Histiocitose. As lesões aparecem muito regularmente nas metáfises, o que é mais comum no Neuroblastoma. Vendo o preparado histológico, mudei completamente de idéia, porque não é nenhum dos dois. Este caso é muito interessante.

A primeira biópsia é de uma lesão do tipo fibroblástico, que às vezes esboça uma certa estrutura em paliçada, porém os núcleos são muito alongados, muito finos, como observados, às vezes, no Leiomioma. Em outro campo, vê-se uma certa atividade mitótica e alguma atipia celular e nuclear (Fig. XXII-5, XXII-6 e XXII-7). Na segunda biópsia, da recidiva, repete-se o mesmo quadro, porém não é tão clara a estrutura em paliçada, comum nos Neurinomas. A coloração para reticulina mostra abundantes fibras impregnadas pela prata (Fig. XXII-8 e XXII-9).



Fig. XXII-5 - 1ª biópsia. Aspecto microscópico em pequeno aumento. HE.

A biópsia da calota craniana mostra também o mesmo quadro: células com núcleos alongados, mas que não têm o aspecto visto no Neurofibroma, com esboço de paliçada (Fig. XXII-10).

Dr. Japp — Eu faço neuro-oncologia, então me agradava muito mais o diagnóstico de tumor nervoso, e foi o que dei na primeira biópsia: Neurinoma Semimaligno, segundo a classificação de Zülch, do Instituto Máx Planck, com as recomendações de que este tumor iria, provavelmente, recidivar. Foi o que aconteceu, mas com a surpresa, no exame radiológico, de encontrar estas lesões que não foram observadas no primeiro ex-

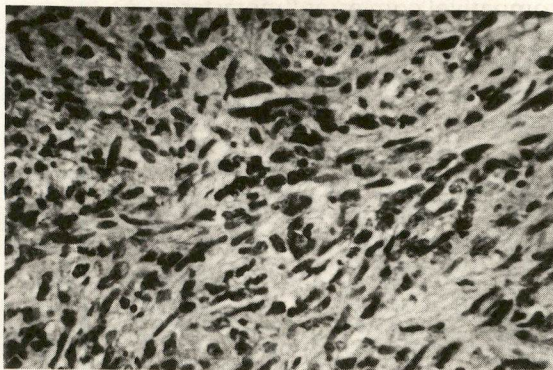


Fig. XXII-6 - 1ª biópsia. Aspecto microscópico em grande aumento. HE.

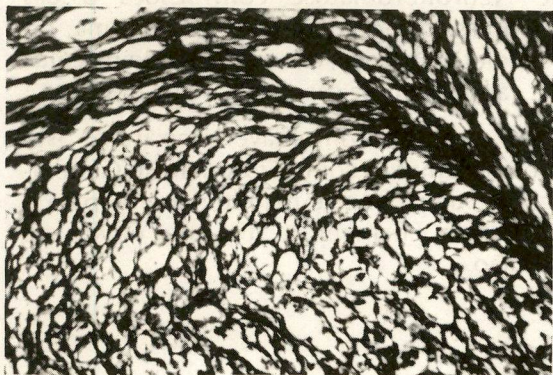


Fig. XXII-7 - 1ª biópsia. Impregnação argêntica.

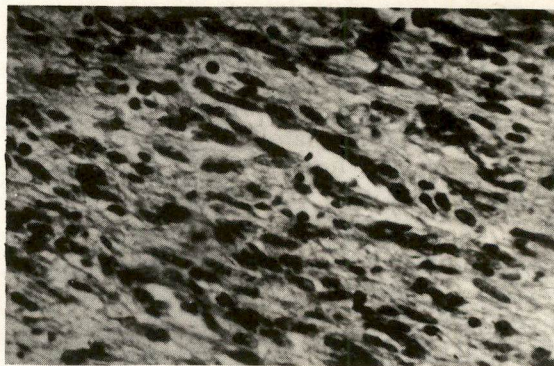


Fig. XXII-8 - 2ª biópsia. Aspecto microscópico em grande aumento. HE.

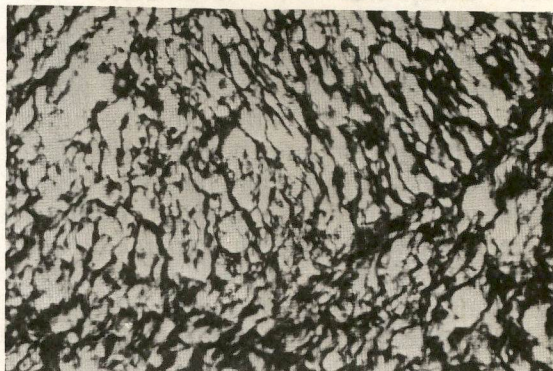


Fig. XXII-9 - 2ª biópsia. Impregnação argêntica.

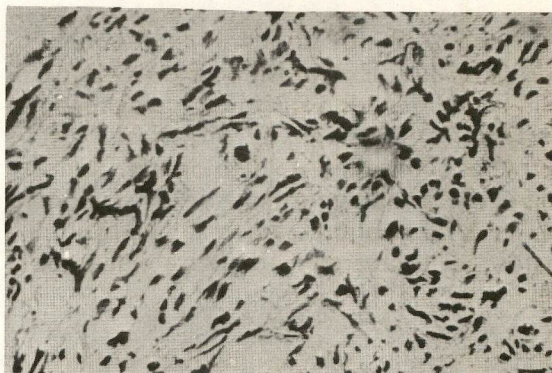


Fig. XXII-10 - Biópsia de lesão craniana. Aspecto microscópico.

me. Com a segunda biópsia mais o aspecto radiológico, pareceu-me estranho que um Neurinoma ou mesmo um Neurofibroma se comportasse dessa maneira. Então, submeti esta biópsia a onze patologistas de Brasília e ao Prof. Polak, de Buenos Aires, surgindo daí quatro diagnósticos. O Prof. Polak, com sua experiência em tumores nervosos, diz que não se trata de tumor nervoso, diz ser outra coisa. E o diagnóstico que mais nos agrada no momento é o diagnóstico que o Dr. Fernandes sempre insistiu em manter: Fibromatose, que nós gostaríamos que o Prof. Schajowicz comentasse.

Prof. Schajowicz — A Fibromatose generalizada está relatada por Enzinger na publicação de uma reunião muito importante que se realizou no Texas, em 1963, sobre tumores ósseos e de partes moles, em um capítulo à parte em que chama de Fibromatose Múltipla ou Generalizada. Estes casos, às vezes, podem retroceder espontaneamente. Tive um caso muito parecido que regrediu espontaneamente, com lesões ósseas inclusive. De modo que eu creio que o diagnóstico seja este: Fibromatose Múltipla ou Generalizada. No caso que citei a regressão foi sem nenhum tratamento e a mãe do paciente me comunica todos os anos que o paciente está bem.

Dr. Japp — Este caso foi extensamente estudado, graças à insistência do Dr. João Luis Fernandes, que insistiu no diagnóstico de Fibromatose, e nos levou a fazer essas inúmeras consultas a patologistas, tendo aparecido os diagnósticos de Neurinoma Maligno, Neurofibrossarcoma, Neurofibromatose e Fibrossarcoma de baixa malignidade.

Dra. Nany — Porque o Prof. Polak afastou um tumor nervoso?

Dr. Japp — O Prof. Polak acha que aquilo são estruturas que estão envolvidas pelo processo fibroblástico e seu diagnóstico foi Fibrossarcoma de baixa malignidade. Eu interpretei as estruturas em paliçada e outras que me deram a impressão nítida de que havia um filete nervoso e estruturas axoniais, na primeira biópsia, como parte do tumor. A paciente ainda está sendo investigada e, no momento, desenvolveu colapso vertebral com paralisia de membros inferiores.

Prof. Schajowicz — Seria muito raro um Fibrossarcoma se comportar como neste caso.

Dr. Prates — Um Neurinoma Maligno seria compatível com essas "metástases"?

Dr. Japp — Não. Há somente um caso descrito e, inclusive, não é nessa idade que o Neurinoma Maligno ocorre. E sua primeira localização de metástase seria fígado ou pulmão, não óssea, nem múltipla e nem simétrica.

Dr. Prates — Para mim, nesse caso, a Neurofibromatose explicaria as lesões múltiplas.

Prof. Schajowicz — Está descrito algum caso de Neurofibromatose com lesões ósseas múltiplas, como aqui? O Neurofibroma, no esqueleto, aparece, às vezes, isolado na coluna, causando uma escoliose, ou na tibia.

Acho que é aconselhável deixarmos isto provisoriamente como Fibromatose Generalizada. Sugiro que se mande material para o Dr. Franz Enzinger, a fim de ouvir sua opinião.

Normas para colaboradores da Revista Brasileira de Cancerologia

A REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA, publicação bimestral, é editada pela Divisão Nacional de Câncer e visa a publicar artigos inéditos sobre temas de Oncologia ou afins.

Os trabalhos deverão ser enviados a Dr. Romero Bezerra Barbosa, Editor Assistente da REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA — Ministério da Saúde — Bloco 11 — 3º andar — Brasília — Distrito Federal.

Os artigos apresentados para publicação serão submetidos a parecer do Corpo Editorial, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência do acolhimento da matéria apresentada.

A REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA não devolve os originais de trabalhos recebidos, mesmo os que não forem publicados. Reserva-se o direito de, através do Corpo Editorial, fazer modificações necessárias ao enquadramento do artigo às normas da Revista.

Os artigos assinados são de responsabilidade técnica e administrativa exclusiva do autor.

Somente com a autorização escrita da Direção Científica da Revista poderão ser reproduzidos, no todo ou em parte, artigos publicados na REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA.

Os trabalhos deverão ser redigidos de acordo com o "Guia para Redação de Artigos Científicos Destinados à Publicação", publicado pela UNESCO, isto é, deverão trazer: título conciso e explícito, nome do autor (ou dos autores) e da instituição a que pertence, introdução, materiais e métodos, resultados, comentários, resumo e referências bibliográficas.

Texto: O texto do artigo em duas vias (original e uma cópia) não deverá exceder a 20 páginas datilografadas em papel formato ofício, numa só face, com espaço duplo, deixando margem de 2,5 cm, no mínimo, de cada lado. Todas as páginas deverão ser numeradas.

Os artigos devem ser escritos em língua portuguesa obedecendo à ortografia vigente no País. Os artigos escritos em língua estrangeira devem ser acompanhados da respectiva tradução para o português apresentada pelo autor.

Resumo: Todo trabalho deve ser acompanhado de um resumo em português e outro em inglês, podendo acrescentar-se, a critério do autor, resumos em francês e alemão. O resumo

de, no máximo, 150 palavras, deve conter os seguintes elementos: **a)** experiências ou pesquisas realizadas; **b)** resultados encontrados; **c)** conclusão.

Ilustrações: As ilustrações podem constar de gráficos, tabelas, desenhos (feitos a nanquim) e fotografias (cópias em papel brilhante), não devendo ser coladas. Anotar no verso, a lápis, o número da figura, o título do artigo e o lado de cima da ilustração.

Legendas: As legendas das ilustrações devidamente numeradas devem ser enviadas em folha anexa.

Bibliografia: Todo trabalho deve ser acompanhado, no final, de uma bibliografia, que deverá se restringir aos trabalhos consultados que contenham as idéias básicas utilizadas pelo autor para desenvolver sua argumentação.

As referências bibliográficas devem ser ordenadas alfabeticamente de acordo com o sobrenome dos autores e numeradas consecutivamente, referindo-se no texto o número correspondente. Devem ter as indicações necessárias à perfeita identificação da obra referenciada.

Na numeração das notas de rodapé, usa-se o número alto, tanto no texto quanto no rodapé. No texto, o número da nota deve ser colocado logo depois da pontuação que encerra a citação.

As citações de artigos de revistas devem conter os seguintes elementos: nome(s) do(s) autor(es) (sempre o sobrenome, em letra de caixa alta, antecedendo o prenome), título completo do artigo, nome da Revista (abreviação para citação), número do volume em algarismos arábicos, número do fascículo entre parênteses, páginas inicial e final do artigo referenciado, local e ano da publicação.

Exemplo: BUCHSBAUM, Herbert J. Lymphangitis Carcinomatosis Secondary to Carcinoma of Cervix. **Obstet. Gynecol.** **36** (6): 850-60, dec. 1970.

As citações de livros devem indicar: nome(s) do(s) autor(es), título do livro, número da edição, local (cidade), editora, ano, volume (quando houver mais de um). Quando a obra tem dois autores, mencionam-se ambos, na ordem em que aparecem na publicação, ligados por & (sempre o sobrenome, em letra de caixa alta, antecedendo o prenome).

Exemplo: GOLIGHER, J.C. **Surgery of the Anus, Rectum and Colon.** 2. ed. London, Gassell, 1967.

Se a citação for de capítulo de livro, a indicação deverá ser assim: (autor(es) do capítulo, título do capítulo "in" nome do editor, título do livro (suplinhado), número da edição, local (cidade), editora, ano, indicação do capítulo, páginas inicial e final.

Exemplo: ROWSON, K.E.K. & JONES, H. M. Herpers Simplex Type 1 and Type 2 Antibody Levels in Patients with Carcinoma of the Cervix or Larynx "in" P.M. BRIGGS G. de — THE & L.N. PAYNE, **Oncogenis and Herpesviruses**, IARC Scientific Publications nº 2, Lyon, Internacional Agency for Research on Cancer, 1972, 428-431.

