

Fractura de baixo impacto do úmero reveladora de condrossarcoma: um caso de destruição tecidual exuberante

M Coutinho¹, A Laranjo², J Casanova³

ACTA REUMATOL PORT. 2012;37:99-101

O Condrossarcoma (CS) é uma lesão tumoral com origem cartilaginosa e representa a 3^a neoplasia maligna primária do osso mais frequente (apenas precedida pelo Osteossarcoma e pelo Mieloma Múltiplo)¹. A sua incidência é superior na 4^a e 5^a décadas de vida² e no sexo masculino³, apresentando como localizações mais frequentes o fémur, úmero, bacia, esterno, arcos costais, cintura escapular e coluna vertebral^{1,3}. O CS dito convencional representa cerca de 85% dos casos, sendo os restantes correspondentes a subtipos menos comuns (tais como os subtipos de células claras, justa-cortical, mesenquimatoso e indiferenciado)^{1,2}. Relativamente à sua localização, o CS convencional pode ainda ser classificado como central (se tiver origem no canal medular, sendo esta a situação mais frequente) ou periférico (com origem na superfície óssea)^{1,3}. Sob o ponto de vista histológico o CS convencional pode ser categorizado em 3 graus distintos (I, II e III)⁴.

O quadro clínico é caracterizado pela presença de dor local, habitualmente com um longo período de evolução, podendo apresentar agravamento nocturno³. Poderá associar-se a tumefacção local e, em casos de proximidade entre a lesão tumoral e uma articulação, derrame articular e limitação da mobilidade poderão estar presentes³. A ocorrência de uma fractura como manifestação inicial é incomum³.

Os autores destacam o caso de uma doente de 59 anos de idade, de raça branca, com antecedentes de obesidade e hipertensão arterial. Apresentava história recente de queda da própria altura, com fractura do úmero esquerdo e internamento no hospital da área de

residência. Durante os meses seguintes, apresentou intolerância à imobilização do membro com tala gessada, por dor localizada ao braço esquerdo, de intensidade progressiva, associada a noção de tumefacção local. Negava queixas algicas de outras localizações, bem como queixas sistémicas. Ao exame objectivo geral, não apresentava alterações de relevo. Ao exame reumatológico, destacava-se a presença de uma volumosa tumefacção de consistência pétreia, localizada ao terço superior do braço esquerdo (Figuras 1A e 1B), indolor à palpação local e associada a limitação dolorosa da abdução do membro (acima de 90°).

Do estudo laboratorial destacava-se a presença de elevação da velocidade de sedimentação (48 mm, 1^a h), fosfatase alcalina (923 U/L), desidrogenase láctica (370 U/L) e do ácido úrico (7,1 mg/dl) séricos, sem outras alterações. A radiografia do membro superior esquerdo

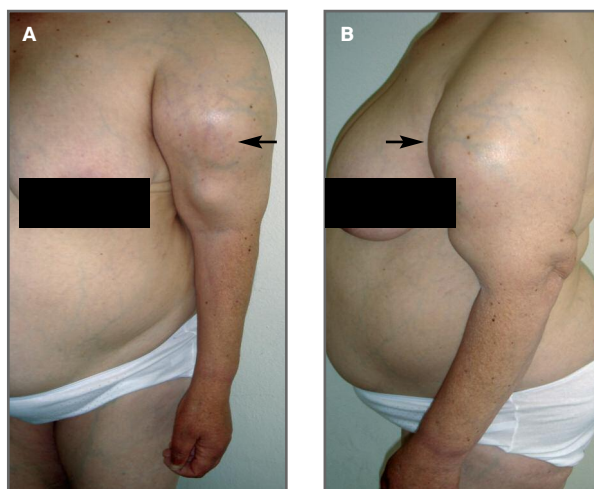


FIGURA 1A e 1B. volumosa tumefacção, localizada aos 2/3 superiores do membro superior esquerdo (seta), correspondente à lesão tumoral. Tumefacção de menor dimensão, localizada em posição inferior, associada ao desalinhamento dos topos ósseos (fractura umeral não consolidada)

1. Interna Complementar de Reumatologia, Serviço de Reumatologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra
2. Assistente Hospitalar de Ortopedia, Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, Serviço de Ortopedia dos Hospitais da Universidade de Coimbra
3. Assistente Hospitalar Graduado de Ortopedia, Unidade de Tumores do Aparelho Locomotor, Serviço de Ortopedia dos Hospitais da Universidade de Coimbra



FIGURA 2. Radiografia do membro superior esquerdo (AP): fratura não consolidada do úmero, associada a uma volumosa lesão radiolúcida (setas), envolvendo os seus 2/3 proximais, de aspecto heterogêneo, composta por áreas líticas e revelando adelgaçamento da cortical

revelou a presença de uma fratura não consolidada do terço superior do úmero, associada a uma volumosa lesão envolvendo os seus dois terços proximais, de aspecto heterogêneo, composta por áreas líticas e revelando adelgaçamento da cortical (Figura 2), alterações confirmadas pela RMN. Foi efectuada biópsia óssea (guiada por TAC), cujo estudo anátomo-patológico revelou tratar-se de um Condirossarcoma (grau II) do úmero proximal (Figura 3). A TAC toraco-abdomino-pélvica não evidenciou lesões secundárias.

A doente foi submetida a ressecção cirúrgica de 22 cm proximais do úmero, com aplicação de aloenxerto composto, osteossíntese distal e colocação de prótese total do ombro esquerdo (Figura 4). Teve alta ao 32º dia de internamento, clinicamente melhorada, mantendo seguimento clínico regular.

Diferentes tipos de lesões ósseas podem resultar em fratura patológica. De entre estas, destacam-se as neoplasias ósseas primárias, as neoplasias ósseas metastáticas, bem como outras entidades clínicas, tais como a osteoporose, doenças ósseas metabólicas e doenças de

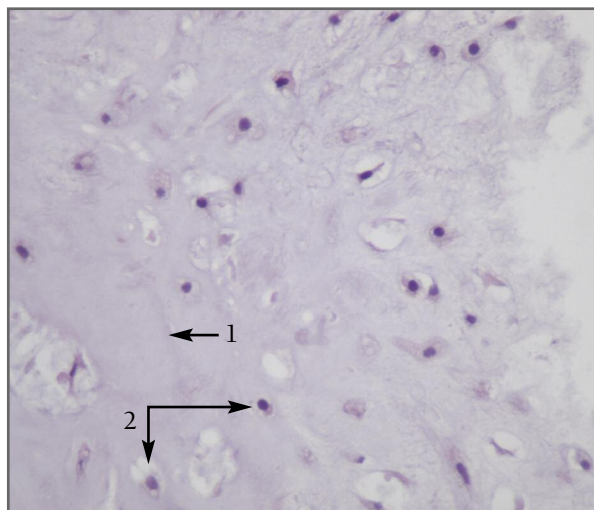


FIGURA 3. Estudo anátomo-patológico do material de biópsia da lesão: matriz hialina de tipo cartilagíneo (seta 1), com abundantes condrócitos (seta 2), dispersos em lacunas (coloração com H&E, ampliação de 400x). Fotografia gentilmente cedida pela Dr.^a Helena Garcia, Serviço de Anatomia-patológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

depósito (como, por exemplo, a doença de Gaucher), osteomielite, displasia óssea, osteogénese imperfecta, histiocitoma fibroso ou mesmo quistos ósseos simples^{5,6}. De entre as neoplasias ósseas metastáticas, estas têm origem, mais frequentemente, na próstata (32%), mama (22%), rim (16%), pulmão e tireóide⁵.

A cirurgia representa a opção terapêutica mais adequada para o tratamento de CS (centrais ou periféricos) não metastáticos, de qualquer subtipo ou grau histológico¹. A excisão da lesão em bloco, com margens alargadas, é a abordagem recomendada para os CS centrais de grau I ou II ou CS periféricos de qualquer grau histológico^{1,7}. A quimio e a radioterapia não têm demonstrado benefício, de uma forma geral, na terapêutica destas lesões^{1,2}.

No presente caso clínico, a ocorrência de fratura de baixo impacto do úmero foi a forma de apresentação, pouco comum, de um Condirossarcoma, na ausência de sintomatologia sistémica associada. A abordagem cirúrgica incluiu a colocação de prótese total do ombro, devido à acentuada dimensão da lesão e à sua proximidade com a articulação gleno-umeral.

O prognóstico dos CS relaciona-se com a dimensão da lesão, com a sua localização anatómica e com o grau de classificação histológica³. As lesões de localização axial apresentam, habitualmente, um prognóstico mais reservado, comparativamente com lesões do esquele-



FIGURA 4. Radiografia do membro superior esquerdo (AP): pós-operatório de ressecção cirúrgica de 22 cm proximais do úmero, com aplicação de aloenxerto composto, realização de osteossíntese distal e colocação de prótese total do ombro esquerdo

to apendicular³. Relativamente ao grau de classificação histológica, a taxa de sobrevivência aos 5 anos para CS de grau I é de cerca de 90%, diminuindo para cerca de

29% em CS de grau III³. Quando ocorre recidiva tumoral esta associa-se, frequentemente, a lesões mais agressivas e de grau histológico superior ao da lesão tumoral original³.

CORRESPONDÊNCIA PARA

Margarida Coutinho
Hospitais da Universidade de Coimbra
Serviço de Reumatologia
Praceta Prof. Mota Pinto
3000-075 Coimbra
Telef: 239 400 439
Email: margarida.coutinho@portugalmail.pt

REFERÊNCIAS

1. Hans Gelderblom, Pancras C. W. Hogendoorn, Sander D. Dijkstra et al. The clinical approach towards chondrosarcoma. *The Oncologist* 2008; 13: 320-329
2. Maurício Etchebehere, Olavo Pires de Camargo, Alberto Tesconi Croci et al. Relationship between surgical procedure and outcome for patients with grade I chondrosarcomas. *Clinics* 2005; 60: 121-126
3. Geoff Hide. Chondrosarcoma. *Emedicine*. Last updated: August 2005: 1-5
4. Dahlin DC, Henserson ED. Chondrosarcoma, a surgical and pathological problem. Review of 212 cases. *J Bone Joint Surg (Am)* 1956; 38: 1025-238
5. Reuben Gobezie, Brent A. Ponce, John Ready. Pathologic humerus fractures. www.orthojournalhms.org; volume 5: 126-129
6. Clifford R. Wheelless, MD. Pathologic fracture. *Wheelless textbook of orthopaedics*. www.wheellesonline.com. Acedido em 24 de Outubro de 2011
7. Fiorenza F, Abudu A, Grimer RJ et al. Risk factors for survival and local control in chondrosarcoma of bone. *J Bone Joint Surg Br* 2002; 84: 93-99

13TH ANNUAL EUROPEAN CONGRESS OF RHEUMATOLOGY

**Berlim, Alemanha
6 a 9 Junho 2012**