

217.^a Reunião Anátomo - Clínica (18/8/60)

Sarcoma Osteogênico do Omoplata Direito

RESUMO DO CASO CLÍNICO (Registro n.º 60-0963)

RELATOR — Alfonso Gimenez Mendez

J.B.P.S., do sexo masculino de 22 anos, branco, brasileiro, solteiro, lavrador, procedente do Estado do Paraná, compareceu a consulta no Instituto Central a 25/3/60, com queixa de dor no omoplata esquerdo, havia 3 meses. A dor era intensa, contínua, com irradiação para as faces lateral esquerda e anterior do tórax. Dois meses após, notou aparecimento de um “caroço” duro na parte superior do mesmo omoplata. Foi submetido, em Londrina, a toracotomia esquerda, tendo o cirurgião verificado a presença de grande massa tumoral da parede torácica, fazendo saliência na cavidade pleural e em continuidade com a coluna vertebral. Feita biopsia, o exame histológico revelou condrossarcoma. Após a toracotomia, a dor melhorou surgindo porém, noutra localização, isto é, na raiz do membro superior direito.

Emagrecimento de 7 quilos no último mês da doença.

Nos antecedentes pessoais e familiares e no interrogatório sobre os diversos aparelhos, nada digno de nota.

Foi internado para exames e tratamento, no dia 28/3/60.

EXAME FÍSICO — Estado geral regular. Fácies não característico. Mucosas coradas. Pêso 56 kg., Altura 1,72 m., Temp.

36, 5ºc. Aparelho respiratório — inspeção — Cicatriz recente da incisão da toracotomia, ao nível do 8.º espaço intercostal. Próximo à extremidade posterior da incisão, junto ao omoplata, nota-se abaulamento ovóide, com cerca de 10x6 cm. Inspeção dinâmica: nenhum dado significativo. Palpação: frêmito toracovocal diminuído à esquerda, na base e na região interescapulo vertebral. Percussão: submacicez na base esquerda. Ausculta: murmúrio vesicular diminuído na base esquerda. Coluna vertebral e membros: abaulamento do ombro direito com impotência funcional do membro correspondente. Aparelho circulatório: P. A.: 110x80 mm/Hg. P.: 80 p.m. cheio e ritmado sopro sistólico no foco mitral.

Nos demais aparelhos e sistemas, nenhum dado semiológico de interesse.

EXAMES COMPLEMENTARES — O exame radiológico da articulação escapulo-humeral direita: “osteoesclerose na borda superior do omoplata, com reação periostal grosseira. Osteólise no fundo da cavidade glenóide”. No tórax: “imagens em calota na margem axilar do hemitórax esquerdo sugestivas de metástases pleurais. Nódulos no mediastino”.

EXAME HEMATOLÓGICO — Leucopenia. Discreta anemia hipocrômica. Hemossedimentação 78mm. Exame químico do sangue: discreta hiposseroalbuminemia. Fosfatase alcalina: 14 U.B.% Urina: normal. Sêro-reações de Wastermann e

Kahn, negativos. O exame histopatológico da biopsia realizada em 7/4/60, nos tumores da parede do hemitórax esquerdo e da região escapular direita, revelou no primeiro: "condrossarcoma".

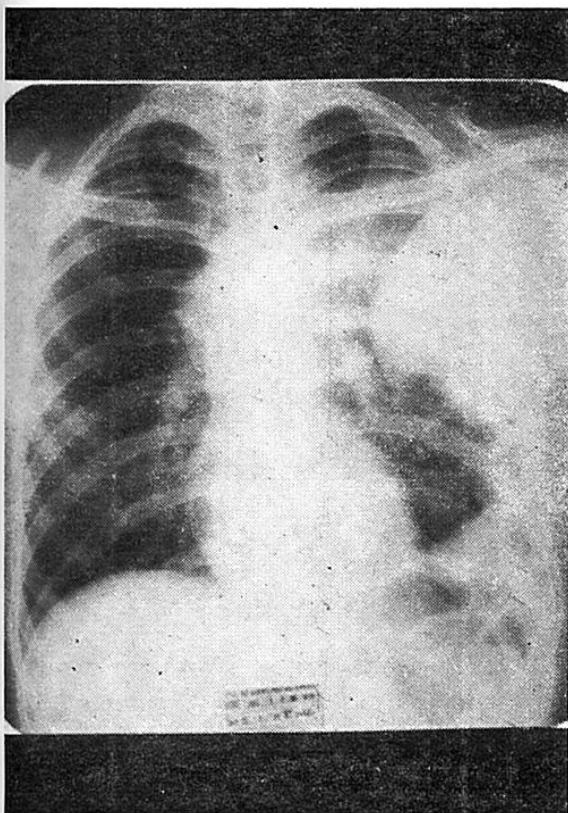


FIG. 1 — Imagens em calota na margem axilar do hemitórax esquerdo, sugestivas de metástases pleurais. Nódulos no mediastino.

EVOLUÇÃO — Doze dias depois de internado passou a apresentar *deficit* motor e sensitiva dos membros inferiores. A radiografia da coluna lombossacra mostrou corpos vertebrais conservados. No dia 13/4/60, submeteu-se a exame neurológico, cujo laudo foi: paraplegia sensitiva-motora absoluta, com nível de sensibilidade em D7, medula. Provável lesão D5, vértebra. Dor à pressão na coluna em D4 D5 onde há tumor paravertebral do lado esquerdo. A radiografia da coluna dorsal revelou: "calcificação e esclerose no 6.º arco costal posterior esquerdo. Espaços e corpos intervertebrais conservados em "ântero-posterior": Submeteu-se a tratamento quimioterápico recebendo 20 mg. de Dichloren em 4 dias, acompanhados de Meticorten, na dose de 50mg. diárias. No dia 20/4/60, surgiu dificuldade para urinar, sendo colocada sonda vesical permanente. Tosse, dor no hemitórax esquerdo e

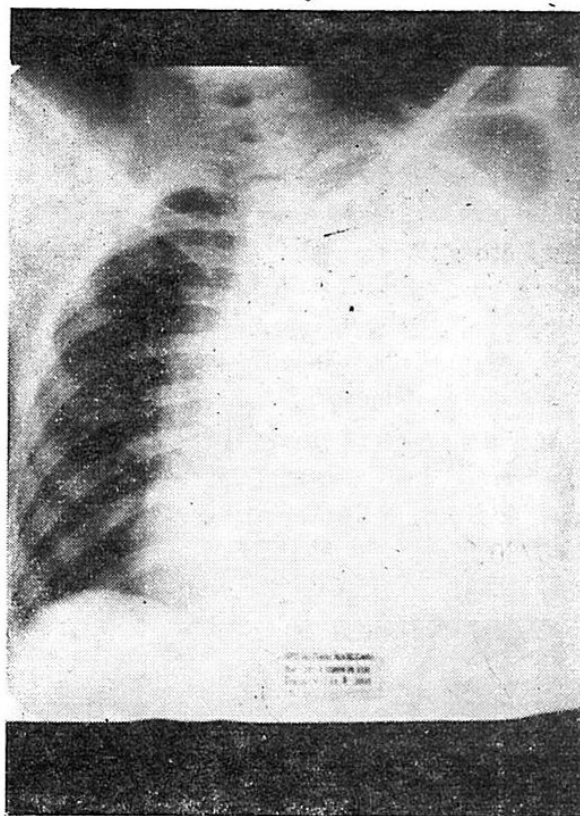


FIG. 2 — Velamento total do hemitórax esquerdo (derrame).

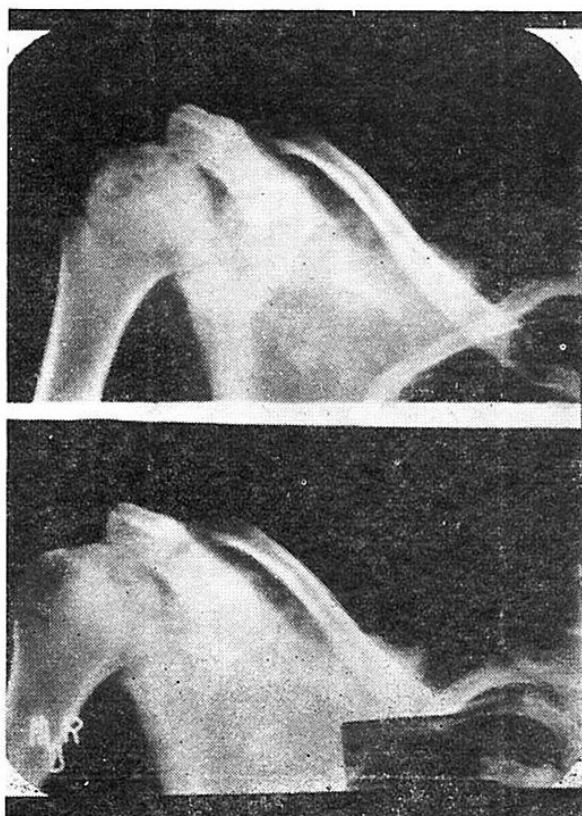


FIG. 3 — Eburnização do omoplata e cabeça do úmero com calcificações projetando-se sobre as estruturas ósseas. Aspecto sugestivo de condrossarcoma.

dispnéia. Novas radiografias do tórax, e região escápulo-umeral direita e bacia mostraram: "velamento total do hemitórax esquerdo (derrame), eburnização do omoplata e cabeça do úmero com calcificações projetando-se sobre as estruturas ósseas.

Aspecto sugestivo de condrossarcoma. Discreta rarefação do púbis".

Continuou tratamento com corticosteróides. Piorou progressivamente da dispnéia, observando-se queda do estado geral. A punção pleural feita no hemitórax esquerdo em 3/6/60, comprovou a inexistência de líquido. Faleceu em caquexia no dia 5/6/60.

DIAGNÓSTICOS:

- a) Anatômicos:
 - condrossarcoma do omoplata esquerdo
 - metástases do condrossarcoma no:
 - omoplata direito
 - cabeça umeral direito
 - pleura esquerdo
 - pulmões
 - medula (D5).
 - Escara de decúbito na região sacro-coccígea;
- b) Funcionais:
 - anemia
 - hipoproteinemia
 - paraplegia crural
 - bexiga neurológica.

CAUSA MORTIS — insuficiência respiratória mista. Caquexia cancerosa.

DICUSSÃO CLÍNICA

Comentador: Normando De Bellis.

O que mais chama atenção neste caso é o tipo de tumor, tendo em vista a idade do paciente e a rápida evolução revelada pela precoce formação de metástases. A localização do tumor e das metástases contra-indicavam qualquer tentativa terapêutica cirúrgica ou radioterápica. Tentou-se então, como último recurso, a quimioterapia, pela mostarda em associação com Meticorten, embora esta terapêutica, habitualmente, não conduza a bons resultados neste tipo de tumor. Com efeito o paciente não se beneficiou com o tratamento, tendo o caso evoluído progressivamente para a morte. Concordo com os diagnósticos do Dr. Alfonso, ficando, apenas na dúvida quanto ao tipo histológico do tumor. Tenho a impressão de que a evolução metastática pulmonar se deu em toda a pleura, visceral quanto parietal. Não me parece também que tenha havido derrame pleural.

JACYR QUADROS — Este caso, sob o aspecto radiológico, é bastante interessante. Tal localização do tumor é mais ou menos freqüente. A idade do paciente é que não está de acordo com os dados estatísticos, pois, o condrossarcoma é mais comum em indivíduos que passaram dos 30 anos de idade. Houve eburnização de todo o omoplata, com comprometimento também da articulação e invasão de partes moles. A 6.^a costela esquerda apresentava aspecto idêntico ao observado no omoplata direito.

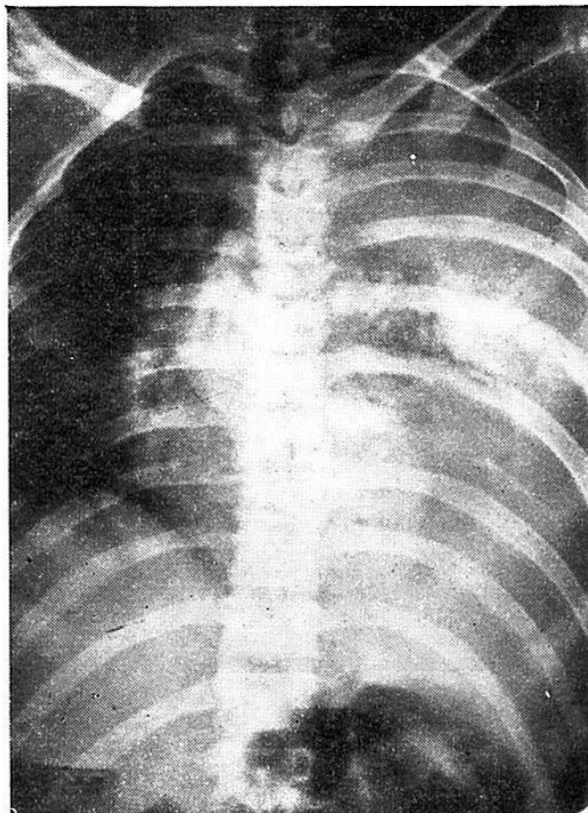


FIG. 4 — Aspecto da 6.^a costela idêntico ao observado no omoplata direito.

Sabemos que o condrossarcoma é de evolução lenta de modo que neste caso ele teria de ser considerado como tumor multicêntrico. Não é habitual um tumor ósseo dar metástase em outro osso. Em face da idade do paciente e dessas localizações multicêntricas, eu pergunto ao patologista se este tumor poderia ser rotulado como sarcoma osteogênico ou como condro-mixo-sarcoma. Foi feito diagnóstico radiológico de derrame que parece não ter sido encontrado; acho que não há dúvida de que houve derrame; a punção não foi conseguida, talvez, pelo mesmo estar enquistado. Quanto à localização dos tumores ósseos e ossos chatos, esta é, realmente, localização preferencial do condrossarcoma: bacia, omoplata, costelas. Finalmente, numa radiografia posterior mostra que a velocidade do tumor é muito grande, o que, repito, não é habitual no condrossarcoma.

JOSÉ RAMOS JÚNIOR — O interesse deste caso parece ser exclusivamente oncológico. Com referência aos diagnósticos, foram muito bem relatados pelo Dr. Alfonso e comentados pelo Dr. Normando. Simplesmente acrescentaria minha reserva quanto a um dos diagnósticos de metástase: a metástase medu-

lar. A paraplegia crural do paciente, assim como a bexiga neurológica e todos os demais fenômenos neurológicos apresentados poderiam decorrer de compressão e não de metástase medular. A compressão dos órgãos nervosos — medula e encéfalo — exclusivamente por distúrbios circulatórios, pode provocar a mesma sintomatologia, tal como se fôsse metástase localizada na medula. Sou mesmo pela interpretação de que tivesse havido distúrbio circulatório da região correspondente, em virtude de uma compressão tumoral. Este caso foi trazido à reunião em virtude da multiplicidade das lesões ósseas. Nossa impressão é a de que temos elementos para fazer o diagnóstico não de tumor multicêntrico mas, de tumor primário do omoplata direito com metástases nos demais ossos acima citados. Esta ocorrência de metástases ósseas de tumores ósseos, é rara na literatura. Em 519 autópsias de câncer feitas neste hospital, pelo Dr. Jesus e por nós, catalogamos 11 casos de tumores ósseos: sarcoma osteogênico: 8 casos; Tumor de Ewing: 2 casos; condrossarcoma: 1 caso. Dos 8 casos de sarcoma osteogênico, 4, isto é, 50%, apresentavam metástase na coluna. Incidência bastante alta, embora a casuística seja pequena. Willis afirma ser rara a incidência de metástase de tumor ósseo em outro osso. Cita, apenas, 11 casos na literatura e mais 1 caso dele próprio. Jaffe, no seu livro sobre tumores de articulação, chama atenção para o componente cartilaginoso que existe nos tumores ósseos, dizendo que sua existência não justifica as várias denominações dadas a estes tumores. O sarcoma osteogênico tem como característico fundamental o fato das células tumorais elaborarem uma substância específica, que é a substância osteóide. Portanto, o interesse do caso diz respeito realmente ao problema oncológico. As considerações feitas pelo Dr. Jacyr são dignas de apreciação. Realmente, se não se tratava de sarcoma osteogênico, que costuma ter tal evolução, poderia se tratar de condro-mixo-sarcoma.

DIAGNÓSTICOS ANATOMO-PATOLÓGICOS DA NECROPSIA — Necroscopista: Humberto Torloni.

CAUSA MORTIS:

caquexia cancerosa
insuficiência respiratória mista

MOLÉSTIA PRINCIPAL: — sarcoma osteogênico do omoplata direito

DIAGNÓSTICO ANATÔMICOS:
metástases do sarcoma osteogênico em:

pleuras parietal e visceral esquerdas
pulmão esquerdo
4.^a a 7.^a costelas esquerdas
pulmão direito
vértebras D4, D5, D6, D10, D12, L1, L3
calculose renal direita e vesical
pielonefrite aguda

DISCUSSÃO ANATOMO-CLÍNICA

HENRIQUE C. SAMPAIO CORRÊA —

Chamo a atenção para um fato preso ao diagnóstico de sarcoma osteogênico: é a fosfatase alcalina elevada. Trata-se de um dos poucos tumores que se acompanham desta elevação de fosfatase, talvez, pelo fato da metastatização rápida. Já com o condrossarcoma não acontece o mesmo. Assim, isto já deveria ter sido razão para se pensar em sarcoma osteogênico, considerando-se, ainda mais, que se tratava de indivíduo imobilizado. Outro fato interessante é a calculose renal que tem sido descrita, com frequência, nos pacientes tratados pela quimioterapia. É este, também, fenômeno, relativamente freqüente nos portadores de tumores ósseos, em que há lise pronunciada de osso, de modo que o cálcio circulante em excesso pode se precipitar no rim. No caso do quimioterápico a natureza do cálculo é diferente pois, há aumento de ácido úrico circulante com a formação de uratos e, provavelmente, cristais e cálculos de ácido úrico no próprio rim.

JACYR QUADROS — Quero lembrar que este aspecto da infiltração neoplásica da pleura, em lençol, daria aspecto radiológico semelhante ao de derrame. Pergunto ao Dr. Torloni se ele não encontrou, na literatura, referência sobre a possibilidade de doença de Paget nesses casos em que há metástases ósseas de sarcoma osteogênico.

HUMBERTO TORLONI — Willis elimina esta hipótese porque diz não saber se nesses casos o tumor é multicêntrico ou metastático. No caso em aprêço contraria esta hipótese, a idade do paciente.

HENRIQUE C. SAMPAIO CORRÊA —
A doença de Paget se acompanha em geral, de fosfatase alcalina altíssima.

JOSÉ RAMOS JÚNIOR — Para terminar a discussão, juntaria ao raciocínio do Dr. Sampaio que o paciente tinha bexiga neurológica, de modo que, se a dinâmica pielo-ureteral estava perturbada, constituía uma causa de extase e, portanto, mais um fator para a calculose.