

QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Felipe Ferreira de Souza¹, Marcelo Bordalo Rodrigues²

1. Médico Residente do 3º ano de Radiologia do Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2. Médico Diretor do Serviço de Radiologia do Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Dr. Marcelo Bordalo Rodrigues, Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255, Cerqueira César, São Paulo, SP, 05043-001. E-mail: mbordalo@uol.com.br

Paciente do sexo masculino, 18 anos de idade, com queixa de dor no joelho esquerdo há quatro meses, sem história de trauma.



Figura 1. Radiografia simples em perfil do joelho esquerdo.



Figura 2. Tomografia computadorizada do joelho esquerdo, reformatação sagital.

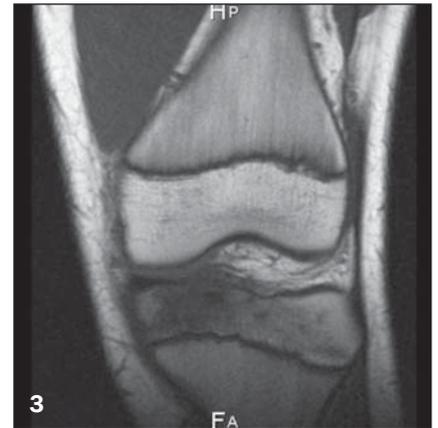


Figura 3. Ressonância magnética do joelho esquerdo, imagem coronal ponderada predominantemente em T1, sem saturação de gordura.



Figura 4. Ressonância magnética do joelho esquerdo, imagem sagital ponderada predominantemente em T2, com saturação de gordura.

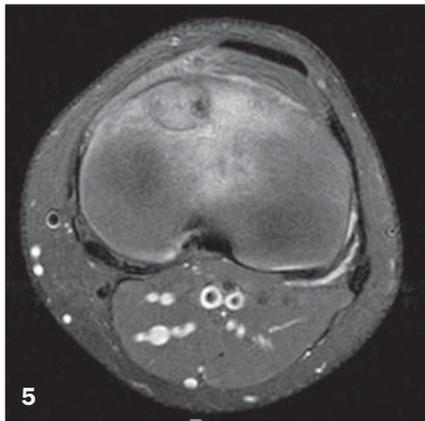


Figura 5. Ressonância magnética do joelho esquerdo, imagem axial ponderada predominantemente em T2, com saturação de gordura.

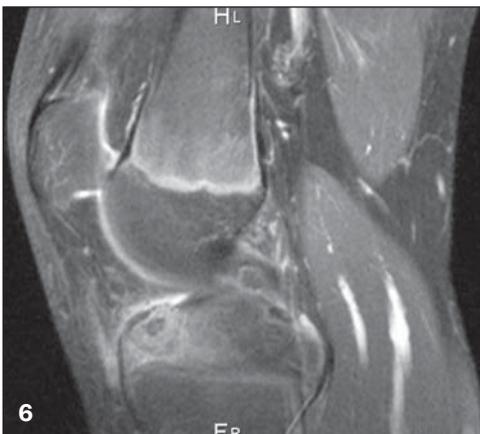


Figura 6. Ressonância magnética do joelho esquerdo, imagem sagital ponderada predominantemente em T1, com saturação de gordura, obtida após administração endovenosa do contraste paramagnético (gadólínio).



Figura 7. Ressonância magnética do joelho esquerdo, imagem coronal ponderada predominantemente em T1, com saturação de gordura, obtida após administração endovenosa do contraste paramagnético (gadólínio).

Descrição das imagens

Figura 1: Lesão lítica arredondada epifisária proximal da tíbia, de contornos bem definidos e regulares, sem esclerose ao seu redor, notando-se calcificação central grosseira.

Figura 2: Lesão lítica arredondada epifisária proximal da tíbia, de contornos bem definidos e regulares, sem esclerose ao seu redor, notando-se calcificação central grosseira. Observa-se rotura da cortical e extensão articular.

Figura 3: Imagem lítica arredondada epifisária proximal apresentando baixo sinal, margens bem definidas e calcificação no seu interior.

Figura 4: A lesão apresenta intenso edema da medula óssea ao seu redor e alto sinal no seu interior, com a calcificação central apresentando baixo sinal.

Figura 5: A lesão apresenta intenso edema da medula óssea ao seu redor e alto sinal no seu interior, com a calcificação central apresentando baixo sinal. Há espessamento e hipersinal periosteal adjacente.

Figuras 6 e 7: A lesão apresenta realce no seu interior, tratando-se de uma matriz sólida. O edema da medula óssea também apresentou realce importante. Também se observa leve realce sinovial, indicando sinovite.

Diagnóstico: Condroblastoma.

COMENTÁRIOS

Condroblastoma é um raro tumor cartilaginoso que caracteristicamente se origina na epífise de ossos longos, principalmente em pacientes jovens, representando menos de 1% de todas as neoplasias ósseas^(1,2).

Esses tumores acometem principalmente pessoas entre 10–30 anos de idade, sendo que há relatos em indivíduos na faixa etária de 3–73 anos (90% ocorrem entre 5–25 anos).

A localização mais comum é no membro inferior (72% dos casos), e 50% ocor-

rem ao redor do joelho. Estudos mostram números semelhantes em casos localizados no fêmur distal, tíbia proximal e úmero proximal (20% cada). O restante origina-se de ossos planos e pequenos ossos tubulares das mãos e dos pés⁽²⁾.

O quadro clínico é bastante inespecífico e inclui dor local, inchaço e rubor muscular. Derrame articular pode estar presente.

Os condroblastomas quase sempre se iniciam ou estão centrados na epífise (mais de 95% dos casos). No entanto, de acordo com o aumento da lesão, poderemos ter extensão para a metáfise, observando-se irregularidades endosteais, remodelamento da cortical óssea adjacente e reação periosteal. A reação periosteal, que ocorre em 15–30% das vezes, pode ser sólida ou lamelada, mas nunca de forma agressiva, por exemplo, em raios de sol ou triângulo de Codman⁽³⁾.

Na avaliação por imagem dos condroblastomas, o raio-X demonstra lesão radioluzente — 40% são uniformemente radioluzentes e 60% apresentam aspecto moteado devido a matriz condróide, calcificações amorfas e septações periféricas —, ovalada, geográfica, com margens bem delimitadas, localizadas excêntricamente nas epífises de ossos longos, principalmente fêmur distal, tíbia proximal e úmero proximal.

Tais lesões medem de 1–4 cm de diâmetro, embora haja relatos de lesões com 13 cm^(1,2,4).

A tomografia computadorizada (TC) demonstra melhor a matriz tumoral, erosões corticais e possíveis extensões do tumor para partes moles, sendo bastante utilizada na avaliação de lesões agressivas e recorrentes.

Já a ressonância magnética (RM) fornece informações importantes da localização tumoral, extensão para metáfise e partes moles adjacentes. Os condroblastomas apresentam hipossinal nas imagens ponderadas em T1 e sinal variável nas imagens ponderadas em T2, sendo

usualmente observado anel periférico de marcado hipossinal em T2 em todas as seqüências. Centralmente, notam-se focos de hipossinal nas imagens ponderadas em T2, decorrentes da abundante presença de matriz condróide imatura, condroblastos, calcificações e depósito de hemossiderina no interior da lesão. Assim como na TC, a RM pode mostrar nível líquido.

A maioria dos condroblastomas está associada a alterações importantes do sinal da medula óssea e de partes moles adjacentes, que, além de edemaciadas, apresentam realce intenso e homogêneo pelo meio de contraste paramagnético⁽¹⁾. Tal realce normalmente é maior que o do próprio tumor, sendo que alguns autores observaram que este aspecto também ocorre em outros tumores benignos com características agressivas, como osteoma osteóide e histiocitose de células de Langerhans.

O diagnóstico dos condroblastomas é feito por meio de biópsia cirúrgica, e o tratamento preconizado é a curetagem cirúrgica estendida com a colocação de enxerto ósseo. Há recorrência de cerca de 25%, sendo mais freqüente em pacientes com fase de crescimento aberta, lesões maiores que 3,7 cm e quando localizadas no fêmur proximal e pelve.

Dentre os diagnósticos diferenciais destacam-se o condrossarcoma, o granuloma eosinofílico, o tumor de células gigantes e a histiocitose de células de Langerhans⁽¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Ecklund K, Jaramillo D, Buonomo C. Pediatric case of the day. Chondroblastoma. *RadioGraphics* 1996;16:979–982.
2. Bloem JL, Mulder JD. Chondroblastoma: a clinical and radiological study of 104 cases. *Skeletal Radiol* 1985;14:1–9.
3. Jee WH, Park YK, McCauley TR, *et al.* Chondroblastoma: MR characteristics with pathologic correlation. *J Comput Assist Tomogr* 1999;23:721–726.
4. Gardner DJ, Azouz EM. Solitary lucent epiphyseal lesions in children. *Skeletal Radiol* 1988;17:497–504.