

Qual o seu diagnóstico? • Which is your diagnosis?

Ceci Obara Kurimori¹, Marcelo Bordalo-Rodrigues², Giovanni Guido Cerri³

Trabalho realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) e no Instituto de Radiologia (InRad) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil. 1. Médica Assistente do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT/HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil. 2. Médico Diretor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT/HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil. 3. Professor Titular da Disciplina de Radiologia, Chefe do Serviço de Radiologia do Instituto de Radiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InRad/HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil. Endereço para correspondência: Dr. Marcelo Bordalo Rodrigues, Avenida Doutor Eneas de Carvalho Aguiar, 255, Pinheiros, São Paulo, SP, Brasil, 05403-001. E-mail: mbordalo@uol.com.br

Kurimori CO, Bordalo-Rodrigues M, Cerri GG. Qual o seu diagnóstico? Radiol Bras. 2010;43(1):XI–XII.

Paciente do sexo masculino, 77 anos de idade. Achado incidental em radiografia do membro inferior esquerdo, após queda do telhado há dois anos. Aumento volumétrico progressivo da face posterior da perna desde então.

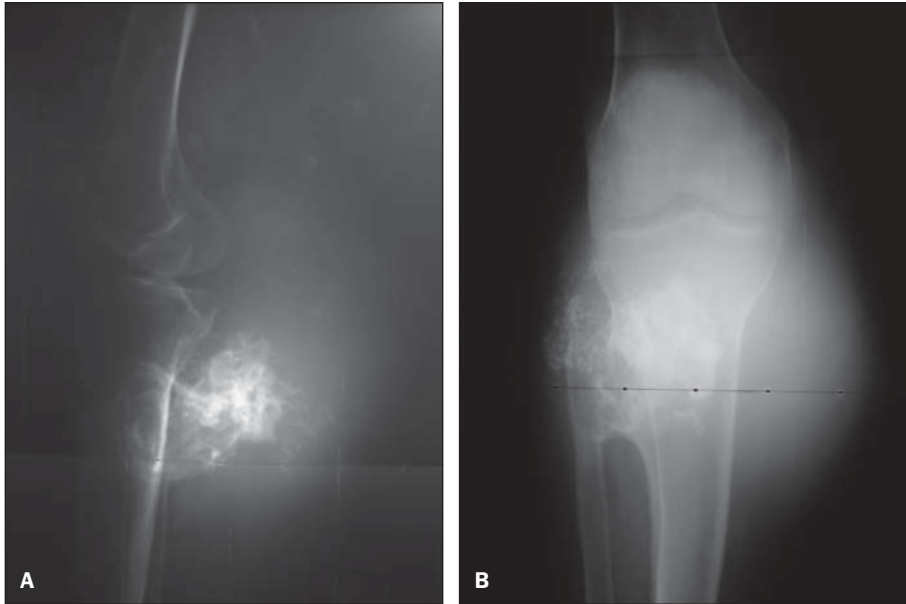


Figura 1. Radiografias em perfil (A) e ântero-posterior (B).

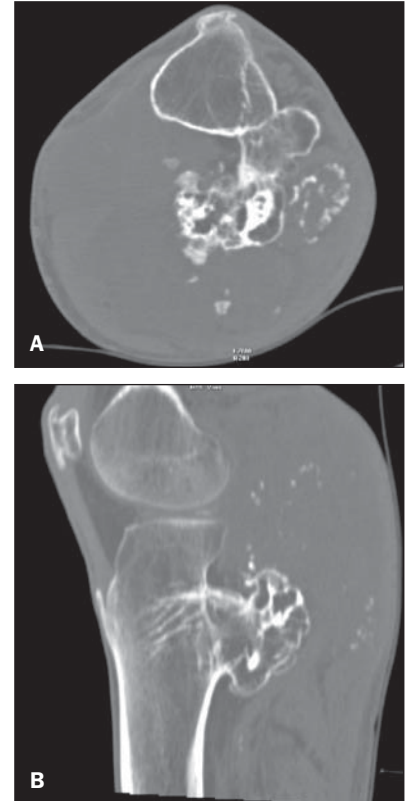


Figura 2. Tomografia computadorizada com reconstruções axial (A) e sagital (B).

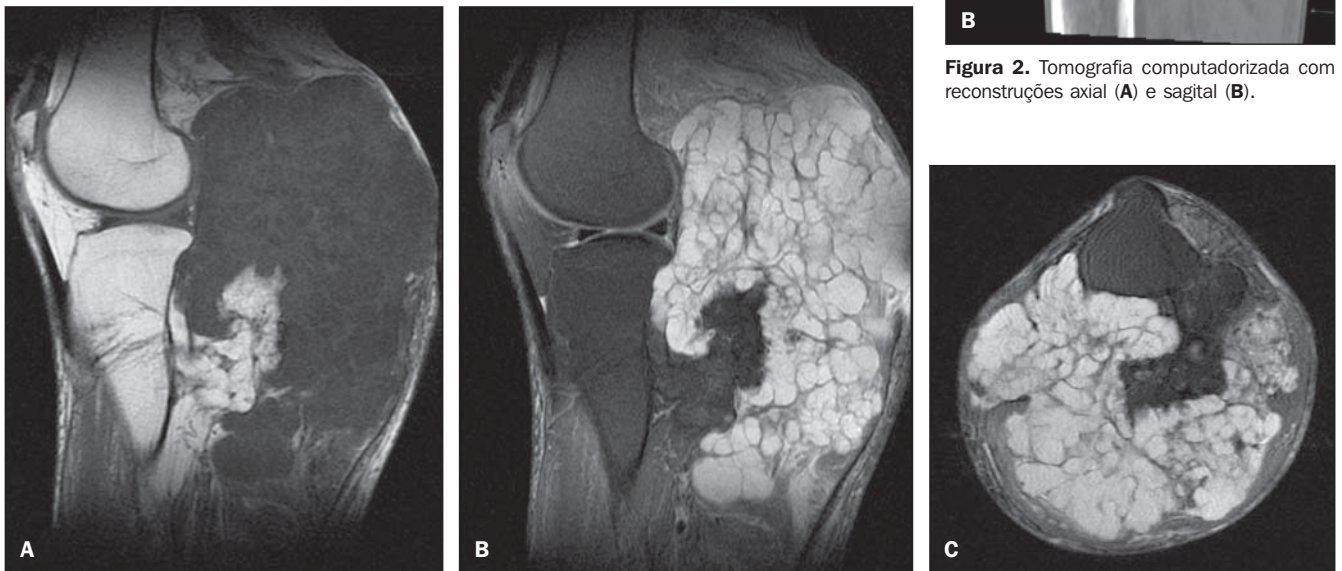


Figura 3. Ressonância magnética no plano sagital pesada em T1 (A) e T2 (B) e no plano axial pesada em T2 sem administração intravenosa de gadolínio (C).

Descrição das imagens

Figura 1. Radiografias em perfil (A) e ântero-posterior (B) mostram exostose com contornos irregulares associada a aumento de partes moles na face posterior da perna, com calcificações condroides de permeio.

Figura 2. Tomografia computadorizada com reconstruções axial (A) e sagital (B) mostra exostose na face posterior da metáfise proximal da tíbia e fíbula, com irregularidades da sua superfície e volumoso componente de partes moles com calcificações condroides de permeio.

Figura 3. Ressonância magnética no plano sagital pesada em T1 (A) e T2 (B) e no plano axial pesada em T2 sem administração intravenosa de gadolínio (C) mostra exostose na face posterior da metáfise proximal da tíbia, com superfícies irregulares e mal delimitadas, associada a volumosa massa de partes moles com alto sinal em T2, contornos lobulados e septos internos de baixo sinal (capa cartilaginosa).

Diagnóstico: Degeneração maligna para condrossarcoma de um osteocondroma pediculado da tíbia.

COMENTÁRIOS

O osteocondroma é o tumor ósseo mais comum, representando cerca de 15% de todos os tumores ósseos e cerca de 20% dos tumores ósseos benignos. Seu aspecto radiológico é característico e reflete o seu aspecto macroscópico, composto de osso cortical e medular que se continua ao osso adjacente e recoberto de uma capa cartila-

ginosa hialina. Podem ser solitários ou múltiplos, este último geralmente associado com a exostose múltipla hereditária.

As complicações associadas aos osteocondromas são as deformidades ósseas, fraturas (especialmente relacionadas com osteocondromas pediculados), alterações vasculares (pseudoaneurismas, deslocamentos e oclusões vasculares), compressões neurológicas e formação de bursas.

A complicação mais temida dos osteocondromas, no entanto, é a transformação maligna. Ocorre em aproximadamente 1% das lesões solitárias e tem maior prevalência em exostoses múltiplas hereditárias, em torno de 3–5%^(1,2).

Condrossarcomas com origem em osteocondromas geralmente são solitários e de baixo grau.

Lesões que crescem ou causam dor após a maturidade do esqueleto são suspeitas para transformação maligna, pois osteocondromas raramente crescem após a maturidade⁽¹⁾.

Geralmente se apresenta entre a segunda e terceira décadas de vida, havendo predileção pelo sexo masculino. Tem crescimento lento e indolente e apresenta-se, clinicamente, com dor e edema regional. Os locais mais comuns são as regiões metafisárias de ossos longos, principalmente fêmur e úmero⁽³⁾.

Características radiológicas que sugerem malignidade incluem^(1,4):

1. Crescimento de um osteocondroma em pacientes com esqueleto maduro.
2. Superfície irregular ou indistinta.

3. Regiões focais de radiolusência no interior da lesão.

4. Erosão ou destruição do osso adjacente.

5. Massa de partes moles significativa contendo calcificações irregulares.

A ressonância magnética ajuda na diferenciação entre osteocondromas e condrossarcomas de baixo grau, sendo que os últimos geralmente apresentam volumoso componente de partes moles lobulado, com alto sinal em T2, e septos de baixo sinal, com realce pós-contraste^(2,3,5).

A espessura da capa cartilaginosa é um critério extremamente importante na determinação de transformação maligna, sendo que espessuras maiores que 1,5 cm em pacientes com esqueleto maduro devem levantar suspeita para transformação maligna⁽¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Murphey MD, Choi JJ, Kransdorf MJ, et al. Imaging of osteochondroma: variants and complications with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 2000;20:1407–34.
2. Masciocchi C, Sparvoli L, Barile A. Diagnostic imaging of malignant cartilage tumors. *Eur J Radiol*. 1998;27(Suppl 1):S86–90.
3. Chaabane S, Bouaziz MC, Drissi C, et al. Periosteal chondrosarcoma. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;192:W1–6.
4. Gomes ACN, Silveira CRS, Paiva RGS, et al. Condrossarcoma em paciente com osteocondromatose múltipla: relato de caso e revisão da literatura. *Radiol Bras*. 2006;39:449–51.
5. De Beuckeleer LHL, De Schepper AMA, Ramon F. Magnetic resonance imaging of cartilaginous tumors: is it useful or necessary? *Skeletal Radiol*. 1996;25:137–41.