

# FIBROMA CONDROMIXÓIDE DA COLUNA TORÁCICA

## RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

*MANOEL BALDOINO LEAL FILHO\**, *ALDO PEREIRA NETO\**, *LUÍS CLÁUDIO MODESTO PEREIRA\**,  
*PAULO SAIDE FRANCO\**, *KUNIO SUZUKI\**, *PAULO ANDRADE DE MELLO\**,  
*JOSÉ CLÁUDIO B. BURNETT\*\**, *MOEMA GONÇALVES P. VELOSO\*\*\**

---

**RESUMO** - Os autores relatam caso de compressão medular torácica por lesão da quinta articulação costovertebral à direita. O diagnóstico pré-operatório, com mielotomografia, foi de processo expansivo intrarraquidiano extradural ao nível de T5. Feita a abordagem cirúrgica por laminectomia, com ressecção apenas da lesão intrarraquidiana. O diagnóstico de fibroma condromixóide somente foi definido com o estudo histopatológico. A paciente teve importante melhora neurológica. Decidiu-se pelo acompanhamento clínico e radiológico. Após dois anos houve recidiva do processo para dentro do canal raquidiano. Desta vez, foi realizada abordagem posterolateral à direita, por costotransversectomia e retirada da lesão. O diagnóstico histopatológico foi o mesmo. A paciente evoluiu com melhora neurológica e está sendo feito o seguimento há dois anos. Chamamos a atenção para a raridade do caso e discutimos a conduta.

**PALAVRAS-CHAVE:** fibroma condromixóide, tumor intrarraquidiano, laminectomia, costotransversectomia.

### **Chondromyxoid fibroma compressing the spinal cord: case report and review of the literature**

**SUMMARY** - A case of chondromyxoid fibroma (CMF) arising from the 5th right costovertebral junction and spreading into spinal canal causing spinal cord compression is presented. A myelotomography revealed a complete block at T5 level. The patient underwent a decompressive laminectomy with removal of an epidural tumor. This specimen was sent for pathological examination and interpreted as a CMF. The patient had a neurological improvement, post operative MRI revealed a spinal cord free of compression, and we decided on the follow up of the case. Two years later there was recurrence of the tumor. A posterolateral access by costotransversectomy was made and the lesion was resected. The patient had a neurological improvement which persists on the follow up (two years, at present). Clinical, radiologic and histologic findings, surgical management and recurrence are discussed. The pertinent literature is reviewed.

**KEY WORDS:** chondromyxoid fibroma, spinal cord compression, laminectomy, costotransversectomy.

---

O fibroma condromixóide (FCM) representa menos de 1% dos tumores primários do osso e é extremamente raro em vértebra<sup>4</sup>. A Organização Mundial de Saúde o define como "tumor benigno caracterizado por áreas lobuladas com células fusiformes; com abundante material intercelular mixóide

---

Unidade de Neurocirurgia do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF): \*Neurocirurgião; \*\*Neuroradiologista; \*\*\*Patologista. Aceite: 7-agosto-1995.

ou condróide separado por zonas de maior concentração de células arredondadas ou fusiformes, com células gigantes multinucleadas de diferentes tipos". Quando existem células de grande pleomorfismo, o FCM pode ser confundido com o condrossarcoma<sup>3,4,10,12</sup>. Jaffe e Lichtenstein, em 1948, foram os primeiros a descrever a lesão óssea<sup>3,7,8,12</sup>. Benson e Bass, em 1955, relataram o primeiro caso de FCM em vértebra causando compressão medular<sup>17</sup>. Schajowicz e Gallard, em 1971, descreveram 31 casos, um dentre eles localizado em vértebra, mas sem causar compressão<sup>9</sup>.

Relatamos um caso, de nossa observação.

### RELATO DO CASO

MTV, 32 anos, sexo feminino, foi admitida no HBDF em junho-1992. Apresentava dor torácica à direita, localizada no 5º arco costal, há três meses. Quinze dias antes da admissão, desenvolveu déficit sensitivomotor com nível em T5 e perdeu a marcha. A noção de posição segmentar e a sensibilidade vibratória estavam presentes. O RX simples da coluna mostrou lesão nos pedículos de T4 e T5 à direita. A mielotomografia revelou bloqueio completo ao nível de T5, devido a lesão extradural, com origem na 5ª articulação costovertebral à direita (Fig. 1). A paciente foi submetida a laminectomia de T4 a T6 e ressecção da lesão intrarraquidiana, de consistência endurecida, bem delimitada, cujo diagnóstico histológico foi de FCM (Fig. 2). A paciente voltou a andar e teve diminuição da dor. Uma tomografia (TC) de controle mostrou lesão residual extrarraquidiana e a ressonância magnética (RM) revelou canal raquidiano livre e ausência de compressão medular. A paciente evoluiu bem por dois anos, quando teve recidiva da sintomatologia. Nova mielotomografia mostrou lesão extensa na mesma topografia anteriormente descrita, com invasão do canal raquidiano. Desta vez a paciente foi submetida a abordagem posterolateral à direita, por costotranssectomia e exérese da lesão. Retirada a articulação costovertebral, onde estava a lesão, bem como a lesão intrarraquidiana. O diagnóstico histopatológico foi o mesmo. A paciente está há dois anos em seguimento, sem retorno da sintomatologia.

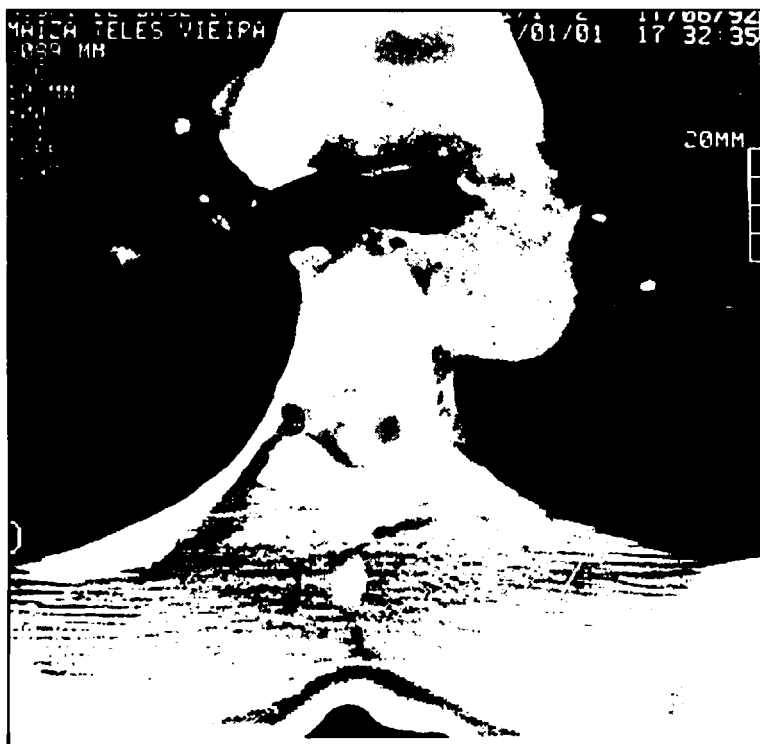


Fig 1. Mielotomografia ao nível de T5. Observa-se lesão extradural deslocando o saco dural para esquerda.

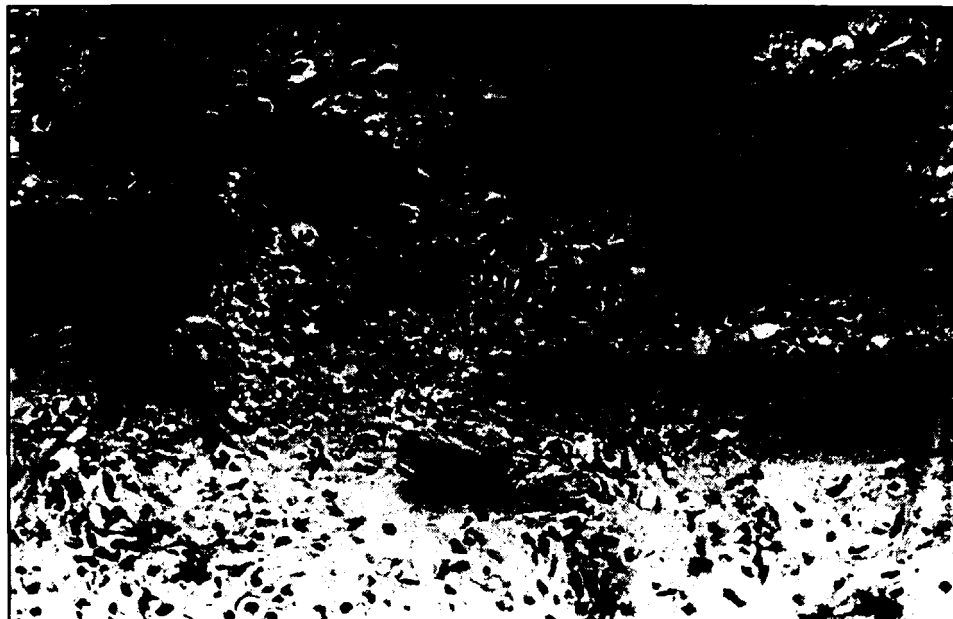


Fig. 2. Fotomicrografia da lesão mostrando nódulos de tecido condromixóide cercados por elementos fibróides (Hematoxilina -Eosina, x256).

## COMENTÁRIOS

FCM na coluna vertebral é condição bastante rara. Até 1993, havia apenas 15 publicações relatando 18 casos, a maioria deles na última década. A última publicação foi de Rivierez et al., em 1991<sup>8</sup>. Zilmer Dorfman<sup>12</sup> descreveram 42% de FCM em ossos longos, 8% na coluna e 5% em arcos costais. Schajowicz e Gallardo<sup>9</sup> mencionaram 68% em membros inferiores, 12% em membros superiores, 6% na pelvis, 6% no tórax, 3% na escápula e 3% na coluna.

O tumor aparece predominantemente na segunda e terceira décadas da vida, com leve predomínio do sexo masculino. Os sintomas iniciais variam desde nenhum até longa história de dor<sup>5,6,11,12</sup> e inchaço nas articulações, com decréscimo da função.

Nossa paciente tinha dor e déficit sensitivomotor. O RX simples não deu qualquer informação específica, como aconteceu em outros casos da literatura<sup>1,5,8,11,12</sup>. Feldman et al.<sup>2</sup> notaram que somente 2% das lesões apresentam depósitos de cálcio detectáveis ao RX. A TC, por sua vez, pode mostrar lesões destrutivas que se estendem além do periósteo, com pouca captação de contraste<sup>8</sup>. A localização anterior e posterior, ausência de calcificação e a captação pobre de contraste falam contra osteoma osteóide, osteoblastoma e condroma, e cisto ósseo aneurismático<sup>8</sup>. Algumas lesões podem causar erosão óssea ou destruição com fratura patológica associada e parecer tumor maligno primário do osso ou lesão metastática<sup>5</sup>. Primeiramente, a TC foi citada no relato de Standefer et al., mas foram Rivierez et al. que escreveram sobre os achados<sup>8</sup> procurando ver a relação entre o tumor e o saco dural. Utilizamos o RX simples e a mielotomografia antes da cirurgia e os achados foram semelhantes àqueles descritos por Rivierez<sup>8</sup>. A RM feita no pós-operatório revelou que o canal raquidiano estava livre de compressão, mas havia pequena lesão na 5ª. articulação costovertebral (TC). Optou-se por não reoperar a paciente.

A recidiva do FCM é de aproximadamente 80%<sup>8</sup>. Calcificações podem ser encontradas em 14 a 27%, especialmente na vértebra<sup>6,8,12</sup>. O FCM e o condrossarcoma podem apresentar características

semelhantes e difíceis de ser individualizadas ao microscópio<sup>3,8,10</sup>. Transformação maligna é rara<sup>5,6,8</sup> e não houve qualquer relato, até agora, na coluna.

O tratamento consiste em ressecção cirúrgica da lesão<sup>8,11</sup>. A radioterapia tem sido mencionada como tratamento para os tumores inaccessíveis<sup>1,6,8,11</sup>. Rahimi et al.<sup>6</sup> observaram que algumas complicações podem ocorrer com esta terapia e, dentre elas, transformação para fibrossarcoma, osteomielite crônica e radionecrose são as mais importantes.

Após dois anos de seguimento, a paciente voltou a apresentar sintomatologia. A mielotomografia mostrou extensa lesão torácica, com invasão do canal raquidiano. Optou-se por abordagem cirúrgica mais ampla, com exérese praticamente total da lesão. Estamos acompanhando a paciente há dois anos, sem recidiva.

Chamamos a atenção para o fato de que, quando o diagnóstico de FCM é confirmado e, caso a ressecção não tenha sido total, o acompanhamento deve ser feito sempre considerando a possibilidade de abordagem cirúrgica ampla, na tentativa de remoção total da lesão. As recidivas citadas na literatura se deviam a ressecção parcial do tumor.

## REFERÊNCIAS

1. Benson WR, Bass S. Chondromyxoid fibroma: first report of occurrence of this tumor in vertebral column. *Am J Clin Path* 1955, 25:1290-1292.
2. Feldman F, Hecht HL, Jonhston AD. Chondromyxoid fibroma of bone. *Radiology* 1970, 94:249-260.
3. Jaffe HL, Lichtenstein L. Chondromyxoid fibroma of bone: a distinctive benign tumor likely to be mistaken especially for chondrosarcoma. *Arch Pathol* 1948, 45:541-551.
4. Mirra JM. Intramedullary cartilage and chondroid producing tumors. In *Bone tumors: clinical, radiologic and pathologic correlations*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1989, p 623-648.
5. Nunez C, Bennett T, Bohlman HH. Chondromyxoid fibroma of the toracic spine: case report and review of the literature. *Spine* 1982, 7:436-439.
6. Rahimi A, Beabout JW, Ivins JC, Dahlin DC. Chondromyxoid fibroma: a clinicopathologic study of 76 cases. *Cancer* 1972, 30:726-736.
7. Ramani PS. Chondromyxoid fibroma: a rare cause of spinal cord compression. Case report. *J Neurosurg* 1974, 40:107-109.
8. Rivierez M, Richard S, Pradat P, Devred C. Fibrome chondro-myxóide du rachis cervical: à propos d'un cas traité par vertébroectomie partielle. *Neurochirurgie* 1991, 37:264-268.
9. Schajowicz F, Gallardo H. Chondromyxoid fibroma (fibromyxoid chondroma) of bone: a clinicopathologic study of 32 cases. *J Bone Joint Surg* 1981, 53B:198-216.
10. Sim FH, Frassica FJ, Wold LE, McLeod RA. Chondrosarcoma of the spine: Mayo Clinic experience. In Sundaresan N, Schmidek HH, Schiller AL, Rosenthal DI (eds). *Tumors of the spine: diagnosis and clinical management*. Philadelphia: Saunders, 1990, p159.
11. Standefer M, Hardy RWJr, Marks K, Cosgrove MD. Chondromyxoid fibroma of the cervical spine: a case report with a review of the literature and a description of an operative approach to the lower anterior cervical spine. *Neurosurgery* 1982, 11:288-292.
12. Zilmer DA, Dorfman HD. Chondromyxoid fibroma of bone: thirty six cases. Clinicopathologic correlation. *Human Pathol* 1989, 20:952-964.