

Metástase pulmonar de tumor de células gigantes benigno: relato de caso*

Lung metastasis of benign giant cell tumor: a case report

Thiago Carneiro da Cunha Bosi¹, Fernando Coelho Goulart de Andrade¹, Celso Montenegro Turtelli², Hélio Antonio Ribeiro Júnior³, Marcelo Cunha Fatureto⁴, Renata Margarida Etchebehere⁵

Resumo O tumor de células gigantes é a sexta neoplasia óssea primária mais comum. Acomete a metáfise de ossos longos, sendo mais comum em adultos jovens. Na radiologia mostra-se como lesão lítica, excêntrica e de limites definidos. Os autores relatam um caso de tumor de células gigantes benigno em paciente que apresentou metástases pulmonares cinco anos após a retirada do tumor primário.

Unitermos: Tumor de células gigantes; Benigno; Metástase.

Abstract Giant cell tumor is the sixth most frequent primary bone neoplasm, affecting long bone metaphysis, most frequently in young adults. On radiological images, this tumor appears as a lytic, well-defined, eccentric lesion. The authors report a case of benign giant cell tumor in a patient who presented with lung metastases five years after undergoing resection of the primary tumor.

Keywords: Giant cell tumor; Benign; Metastasis.

Bosi TCC, Andrade FCG, Turtelli CM, Ribeiro Júnior HA, Fatureto MC, Etchebehere RM. Metástase pulmonar de tumor de células gigantes benigno: relato de caso. Radiol Bras. 2008;41(3):207-209.

INTRODUÇÃO

O tumor de células gigantes (TCG) é neoplasia óssea comum, correspondendo a aproximadamente 5% a 10% de todos tumores ósseos primários e 15% a 25% dos tumores ósseos benignos⁽¹⁾. Os locais preferidos incluem o fêmur distal, a tíbia proximal, o rádio distal e, mais raramente, os ossos das mãos, nos quais estudos mostram haver maior tendência a metastatizar se comparados a outros sítios⁽²⁾. A maioria dos pacientes tem entre 20 e 40 anos de idade,

com predominância do sexo feminino de 2:1 e maior incidência na população chinesa. Os aspectos radiológicos são de lesão lítica, insuflante, com trabéculas no interior, sem reação periosteal, de localização excêntrica na metáfise de ossos longos. Histologicamente, é composto de estroma de células mononucleares e células gigantes multinucleadas.

Neste artigo os autores relatam um caso de TCG benigno acometendo o metacarpo de uma paciente jovem que, após cinco anos de ter sido submetida a cirurgia, evo-

luiu com metástases pulmonares, sendo uma delas gigante.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 28 anos de idade, com queixa de dispnéia aos esforços e dor de leve intensidade no hemitórax direito. Tinha como antecedentes tabagismo e estava tratando de pneumonia havia um mês em outro serviço, onde foi realizada radiografia do tórax, que evidenciou massa no hemitórax direito.

* Trabalho realizado na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), Uberaba, MG, Brasil.

1. Médicos Residentes da Disciplina de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), Uberaba, MG, Brasil.

2. Professor Adjunto da Disciplina de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), Uberaba, MG, Brasil.

3. Médico Assistente da Disciplina de Radiologia e Diagnóstico por Imagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), Uberaba, MG, Brasil.

4. Doutor, Professor Adjunto Responsável pela Disciplina de Cirurgia Torácica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), Uberaba, MG, Brasil.

5. Doutora, Professora Adjunta da Disciplina de Patologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFMT), Uberaba, MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Dr. Thiago Carneiro da Cunha Bosi. QMSW 05, Lote 04, ap. 304, Bloco A, Ed. Multiparque, Bairro Sudoeste. Brasília, DF, Brasil, 70680-500. E-mail: tccbosi@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 24/10/2006. Aceito, após revisão, em 19/1/2007.

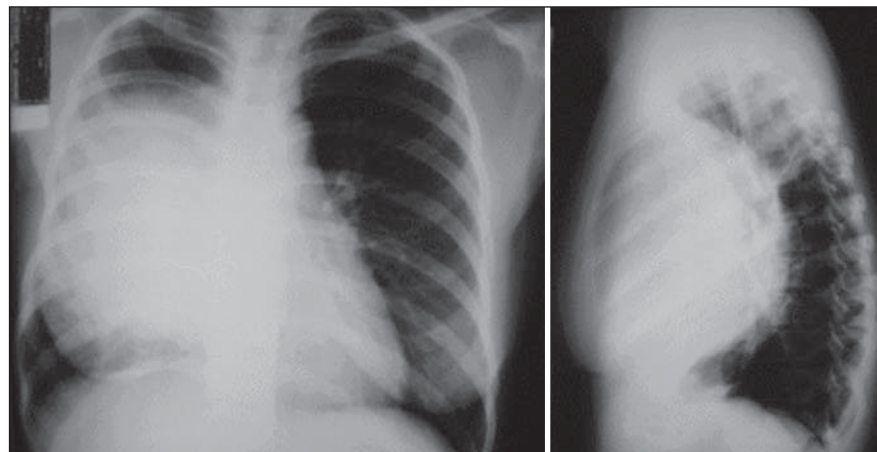


Figura 1. Radiografia do tórax em pósterio-anterior e perfil mostra extensa massa no hemitórax direito acometendo o lobo médio e o segmento anterior do lobo superior direito.

A paciente foi encaminhada ao nosso serviço, onde foi realizada tomografia computadorizada do tórax, que confirmou a massa de grandes dimensões, com densidade de partes moles, além de pequenos nódulos, sendo dois nos ápices pulmonares e outro na base direita.

Cinco anos antes, fora submetida a cirurgia na mão esquerda para retirada de tumor ósseo localizado no segundo metacarpo. Foi realizada amputação do metacarpo e quirodáctilo correspondente. O estudo anatomopatológico mostrou tratar-se de TCG benigno, porém com extensa aderência das partes moles.

O estudo anatomopatológico da massa pulmonar, obtida por biópsia transtorácica, confirmou tratar-se de metástase de TCG com características idênticas às do tumor da mão previamente operado. Devido ao

extenso envolvimento pulmonar, optou-se por poliquimioterapia como tratamento inicial das lesões. A paciente permanece em tratamento até o momento, com desaparecimento dos nódulos pulmonares e moderada diminuição do volume da massa.

DISCUSSÃO

São descritas duas variantes malignas do TCG: uma com estroma de aspecto tipicamente maligno com células gigantes de permeio e outra em que ocorre transformação maligna em fibrossarcoma, histiocitoma fibroso maligno ou osteossarcoma, principalmente após radioterapia nos casos de TCG recorrente. Ocorrem ainda, como neste caso, metástases a distância de lesões histologicamente benignas em 0% a 9% dos casos, com discreta predominância em

mulheres⁽¹⁻³⁾. A grande preponderância das metástases é para os pulmões e raramente para cérebro, rim, adrenal, trato gastrintestinal, outros ossos e pele. Alguns autores sugerem maior ocorrência de metástases em pacientes que tiveram pelo menos uma recorrência local e em tumores radiologicamente agressivos com extensão para partes moles. Campanacci et al.⁽⁴⁾ classificaram esse tipo de tumor em graus I, II e III, de acordo com os achados radiográficos, sendo que os graus II e III possuem maior chance de recorrência e de metastatizar do que um tumor de classificação grau I. O tumor grau I tem margens bem definidas e um fino halo de osso maduro. O tumor grau II também tem margens bem definidas, porém não possui halo esclerótico. Já a lesão grau III tem margens mal delimitadas, sugerindo agressividade. Todavia, a classi-

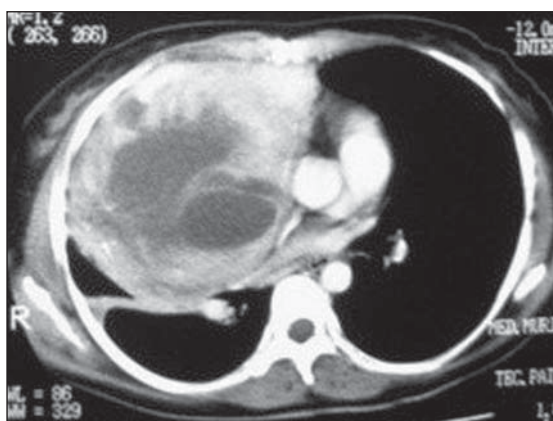


Figura 2. Tomografia axial com janela para mediastino evidenciando massa que comprime a veia cava superior, apresentando densidade de partes moles e realce heterogêneo pelo meio de contraste.

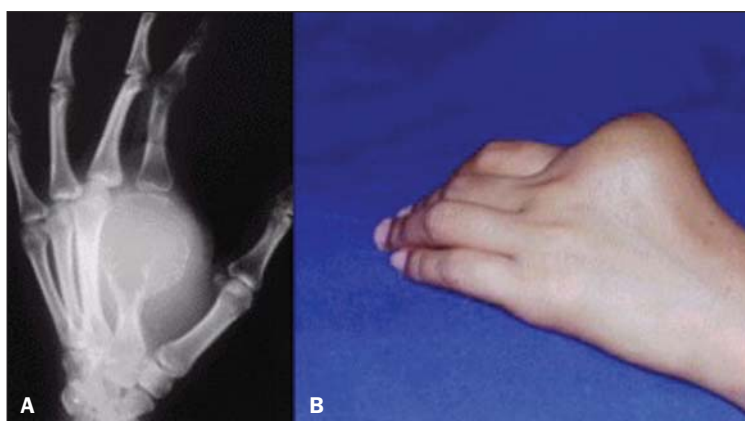


Figura 3. A: Radiografia da mão evidenciando lesão lítica de aspecto insuflativo acometendo a metade distal do segundo metacárpico. **B:** Fotografia da mão mostra o caráter expansivo da lesão.

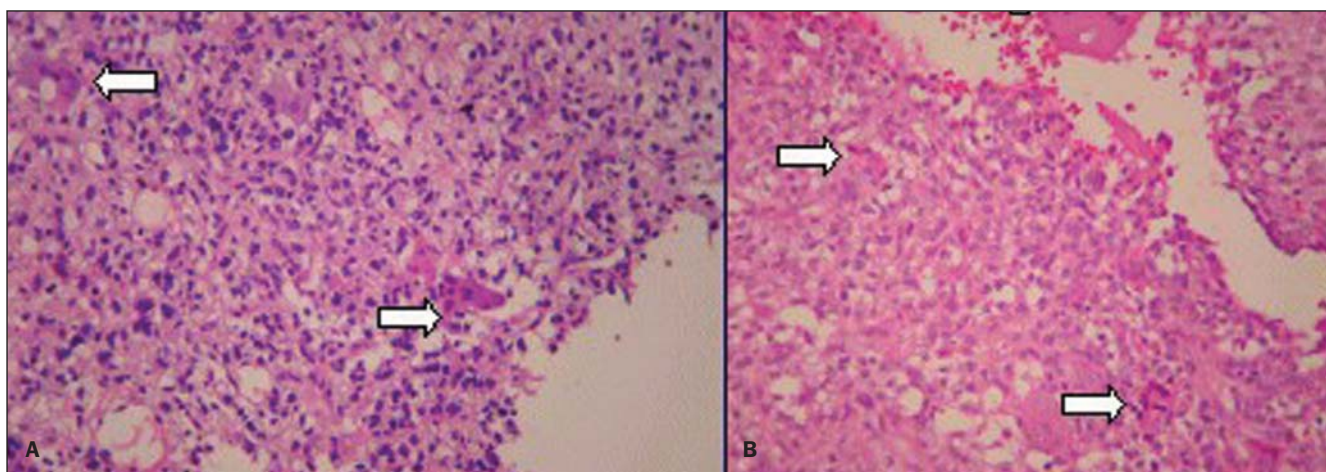


Figura 4. Biópsias transtorácica (A) e percutânea do dedo (B) coradas com hematoxilina-eosina mostram estroma benigno com células gigantes multinucleadas de permeio (setas).

ficação histopatológica de TCG ósseo não é indicativo de prognóstico⁽⁵⁾.

Têm sido feitos estudos imuno-histoquímicos usando anticorpos para α -SMA, MIC-2, p53, cyclin D1, tc-erb-B2 e Ki-67 em tumores primários, recorrentes e metastáticos. Autores têm relatado maior proporção de células positivas para Ki-67 em tumores mais agressivos⁽⁵⁾. Em nosso caso, a imuno-histoquímica mostrou-se negativa para p53 no tumor primário, indicando baixo risco de doença metastática. Já a metástase pulmonar mostrou-se positiva para CD 68 e negativa para proteína S 100, confirmando tratar-se de metástase de TCG.

Quanto à cronologia, em cerca de 75% dos casos de TCG benigno com metástase pulmonar, o intervalo entre o diagnóstico do tumor primário e a detecção da metástase é menor que três anos. Existem casos de detecção simultânea da lesão primária e da metástase. Em nosso caso, o intervalo de detecção foi além do esperado (cinco anos). As metástases tendem a apresentar crescimento lento, em algumas situações parar de crescer e, raramente, ocorre a regressão espontânea das lesões⁽³⁾.

Tubbs et al.⁽⁶⁾ descreveram as características radiológicas das metástases pulmonares de TCG benigno em 13 casos como opacidades nodulares arredondadas ou ovaladas, de densidade homogênea, com dimensões entre 0,5 cm e 8,0 cm, com margem bem definida e uma estreita zona de transição entre as lesões e o parênquima pulmonar adjacente. A grande maioria dessas lesões era periférica (85% dos casos) e nas bases pulmonares (62% dos casos). Em seu trabalho, a tomografia computadorizada foi superior à radiografia de tórax em detectar número maior de nódulos e a presença de calcificação no interior dessas lesões. Em nosso caso, a massa tinha margem bem definida, mas apresentou enormes dimensões (18,0 cm \times 13,0 cm \times 12,0 cm), densidade heterogênea e localização nos lobos médio e superior direito. Os nódulos menores tinham as mesmas características daqueles descritos por Tubbs et al.⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

As metástases de TCG, apesar de raras, devem ser sempre consideradas, sendo ne-

cessário um controle periódico após a retirada do tumor primário, uma vez que os sintomas aparecem tardiamente, quando estas lesões podem não ser mais passíveis de ressecção.

REFERÊNCIAS

1. Catalan J, Fonte AC, Lusa JRB, et al. Tumor de células gigantes ósseo: aspectos clínicos e radiográficos de 115 casos. *Radiol Bras.* 2006;39:119–22.
2. Kay RM, Eckardt JJ, Seeger LL, et al. Pulmonary metastasis of benign giant cell tumor of bone. Six histologically confirmed cases, including one of spontaneous regression. *Clin Orthop Relat Res.* 1994;(302):219–30.
3. Greenspan A. *Radiologia ortopédica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
4. Campanacci M, Giunti A, Olmi R. Giant cell tumors of bone: a study of 209 cases with long-term follow-up in 130. *Ital J Orthop Traumatol.* 1975;1:249–77.
5. Osaka S, Sugita H, Yoshida Y, et al. Clinical and immunohistochemical characteristics of benign giant cell tumour of bone with pulmonary metastases: case series. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2004;12:55–62.
6. Tubbs WS, Brown LR, Beabout JW, et al. Benign giant-cell tumor of bone with pulmonary metastases: clinical findings and radiological appearance of metastases in 13 cases. *AJR Am J Roentgenol.* 1992;158:331–4.