TUMORES ÓSSEOS BENIGNOS DOS MEMBROS SUPERIORES

João Guilherme Brochado Geist
Fabiano da Silva Marques
Lucas Sangoi Alves
Osvaldo André Serafini
Carlos Daniel de Garcia Bolze

UNITERMOS

TUMORES BENIGNOS ÓSSEOS, MEMBROS SUPERIORES.

KEYWORDS

BENIGN TUMOR BONE, UPPER LIMB.

SUMÁRIO

Este artigo tem por objetivo realizar uma revisão sobre os principais tumores ósseos benignos que acometem os membros superiores. Abordaremos o manejo inicial, diagnóstico e tratamento, a fim de consolidar as diferenças desse difícil diagnóstico diferencial.

SUMMARY

The purpose of this paper is to review the upper limbs main benign tumors. Discuss the initial management, diagnosis and treatment, in order to consolidate the differences of this difficult differential diagnosis.

INTRODUÇÃO

As lesões ósseas em geral apresentam uma sintomatologia pouco específica e, em muitos casos, são completamente assintomáticas. Inúmeras vezes são diagnosticadas incidentalmente através de exames de imagem realizados por outros motivos. O encaminhamento ao médico ortopedista costuma ser de grande valia para o paciente, já que este tipo de lesão possui diversas hipóteses diagnósticas e pode ter diferentes evoluções. Focaremos nesse capítulo nos tumores ósseos benignos que podem acometer os membros superiores.

AVALIAÇÃO INICIAL

A dor em extremidades é uma queixa muito comum nos consultórios médicos, especialmente nos membros superiores. Tenossinovites, epicondilites e as lesões por esforços repetitivos lideram as causas mais comuns dos sintomas. Porém, deve-se estar muito atento quanto à duração e à natureza progressiva dos sintomas, que podem indicar a presença de um tumor ósseo subjacente.

Casos com evolução clínica atípica, prolongada ou que não respondem à terapia convencional inicial devem chamar a atenção para a necessidade de realizar novos exames de imagem, a fim de prosseguir a investigação. As características observadas nesses exames, especialmente na radiografia simples, junto com os dados da anamnese e exame físico, nos permitem elaborar as hipóteses diagnósticas de acordo com as lesões mais comuns em cada faixa etária, que é o dado da história mais importante.

CLASSIFICAÇÃO DE ENNEKING

É o sistema para estadiamento de tumores músculo-esqueléticos benignos e malignos utilizado pelo cirurgião ortopédico. Eficaz em determinar prognóstico, planejar cirurgia e indicar terapia adjuvante no tratamento.Os Benignos são classificados pela letra B (benigno) seguido do numeral arábico 1, 2 ou 3 conforme descrito a seguir. Para os malignos é utilizado numeral romano.[1,2]

- **B1:** Benigno Latente: Assintomático. Lesão permanece completamente encapsulada. Sem deformação ou expansão do osso.
- **B2:** Benigno Ativo: Sintomático. Lesão permanece encapsulada e apresenta camada reativa. Pode expandir/insuflar o córtex devido à deformação de osso cortical.
- **B3:** Benigno Agressivo: Bastante sintomático. Lesão que penetra a cápsula, protuindo diretamente na zona esclerótica ao redor. Zona reativa espessa. Costuma destruir osso adjacente.

TUMORES ÓSSEOS

Osteoma Osteóide: tumor ósseo benigno e ativo (B1). Costuma ocorrer nas primeiras três décadas de vida. Em geral é menor que 1,5cm, osteoblástico, possui bordos delimitados, frequentemente com zona periférica de neoformação óssea reativa (esclerose cortical). Nos membros superiores acomete com maior frequência os ossos da mão e do punho.[3] Clinicamente apresenta-se como um tumor doloroso, com característica de dor noturna que tem alívio com uso de salicilatos. Pode evoluir para resolução espontânea em 2-5 anos.

Tratamento é a ressecção cirúrgica da lesão e da pequena área de esclerose ao redor nos casos sintomáticos. Pode também ser feita ressecção guiada por TC.[4]

Encondroma: É o tumor primário mais comum da mão.[3] Lesão benigna, osteolítica, latente (B1). Em geral, se desenvolve na parte central do osso e acomete mais comumente as falanges e os metacarpos. Pode ser solitário ou fazer parte da encondromatose múltipla. Em sua maioria é assintomático. Em radiografias apresenta-se como área lítica, ovoide, que afila e insufla a cortical adjacente. Em geral, sem reação periosteal. O tratamento é a curetagem da lesão com uso de enxertia óssea do ilíaco. Caso haja fratura, ela deve ser primariamente resolvida para a posterior realização da curetagem.

Osteocondroma: 10% de todos tumores ósseos. Lesão benigna ativa ou latente (B1 ou B2). Acomete crianças e adolescentes em sua maioria. Caracteriza-se por ser uma exostose, coberta por uma capa de cartilagem, que varia de espessura de acordo com a idade. Pode ser considerado um defeito do desenvolvimento em que há distúrbio da cartilagem subcondral de crescimento. Nos membros superiores, acomete, mais comumente, a região metafisária proximal do úmero e tende a crescer no sentido da diáfise, afastando-se da epífise. Na radiografia, a presença de continuidade da cortical do osteocondroma com a cortical do osso onde está localizado e a continuidade do seu osso esponjoso com o da região metafisária do osso hospedeiro são característicos. O tratamento consiste em ressecar a exostose, juntamente com a capa cartilagenosa, quando houver dano vásculo-nervoso ou quando a exostose estiver interferindo no crescimento da extremidade. Se houver crescimento muito rápido, devemos pensar em malignização, apesar de as chances serem pequenas (0,1%).[5]

Condroblastoma: Tumor benigno ativo ou agressivo (B2 ou B3). 1% de todas neoplasias ósseas. Faixa etária de 10-17 anos.[6] Acomete, nos membros superiores, a epífise proximal do úmero (Tumor de Codman), em contato com a placa epifisária cartilagenosa. Acometimento articular é frequente. Pode apresentar como primeiro sintoma o derrame articular. No esqueleto imaturo, uma lesão epifisária bem circunscrita que cruza a placa de crescimento é virtualmente classificada como condroblastoma.[7] Radiologicamente é vista como uma área osteolítica, 1-4cm de diâmetro, geralmente limitada por um halo de osso esclerótico. A zona cortical da região pode estar insuflada e o osso subcondra, destruído. O tratamento é feito através de curetagem com enxertia óssea, evitando a lesão da placa de crescimento. São raros os casos de malignização. Metástases pulmonares podem ocorrer em até 1% dos casos e devem ser ressecadas.[7] Após curetagem, acompanha-se o paciente com radiografias do local acometido e de tórax a cada 6 meses durante 3 anos e anualmente após.

Tumor de Células Gigantes: Tumor benigno agressivo (B3), osteolítico. Possui tecido muito vascularizado, numerosas células gigantes do tipo osteoclásticas. Acomete normalmente pacientes com placas de crescimento fechadas. Isso ajuda a diferenciar a lesão de cistos aneurismáticos (lesão pseudotumoral) e de condroblastomas epifisários, que atingem faixas etárias mais baixas. Em membros superiores, desenvolve-se preferencialmente na região epifisária do rádio distal. Pode expandir-se para a metáfise ou estar junto com o Cisto Aneurismático quando é localmente muito agressivo. Possui agressividade radiológica. A epífise é toda destruída, inclusive a cartilagem articular. A metástase pulmonar pode acometer até 3% dos pacientes. Destes, a mortalidade chega a 15%.[7]

O tratamento é remover todo o tumor, tentando preservar ou restaurar, ao máximo, a função da articulação adjacente. Casos avançados e com comprometimento articular severo, além de baixo estoque ósseo, muitas vezes, necessitam de endopróteses ou cirurgias radicais, devido à impossibilidade de reconstrução local. A curetagem ou a ressecção ampla associada à adjuvância local com fenol a 5% e eletrocauterização é considerado um tratamento fácil, efetivo e associado a poucas complicações.[7]

Os defeitos observados após a ressecção ou a curetagem são preferencialmente preenchidos com cimento ósseo. O metilmetacrilato atua também como adjuvante, pois possui ação inibitória local do tumor e permite a visualização, com maior facilidade, de eventuais recidivas locais através dos exames de imagem.[8] O seguimento pós-operatório envolve radiografias de tórax e do local acometido trimestralmente por 1 ano e a cada 6 meses nos dois anos seguintes.

Tabela 1

LESÕES ÓSSEAS	REGIÃO ACOMETIDA EM MEMBROS SUPERIORES	RADIOGRAFIA	CONDUTAS
OSTEOMA OSTEOIDE	Mãos e punhos	Lesão osteoblástica com bordos delimitados, < 1,5cm. Zona periférica com esclerose cortical.	Evolução natural Ressecção da lesão e de parte da esclerose cortical. Ressecção por TC
ENCONDROMA	Mãos e úmero	Lesão osteolítica, ovoide. Afila e insufla a cortical adjacente.	Curetagem e enxertia. Injeção de cimento de fosfato de cálcio.[9]
OSTEOCONDROMA	Região proximal do úmero.	Projeção óssea composta por camada cortical contínua com a do osso subjacente. Crescimento no sentido da diáfise.	Ressecção simples, se dano vasculo-nervoso, alteração funcional, interferência no crescimento.
CONDROBLASTOMA	Epífise proximal do úmero	Área osteolítica, arredondada, 1-4cm de	Curetagem com enxertia.

		diâmetro, delimitada por halo de osso esclerótico. Áreas de calcificação moteada	
TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES	Rádio distal	Lesão osteolítica, expansão da camada cortical com destruição da epífise.	Curetagem agressiva e uso de fenóis/cimento ósseo. Ressecção da lesão.

Figura 1 - Encondroma(4.2)

Figura 2 - Osteocondroma(4.3)

Figura 3 - Condroblastoma(4.4)

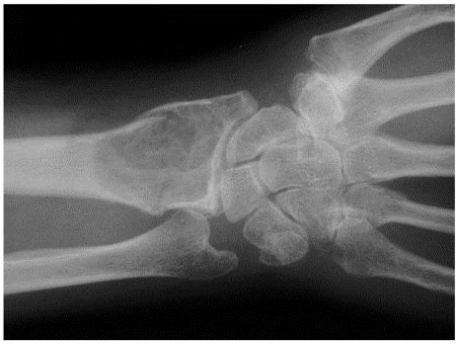

Figura 4 - Tumor de Células Gigantes(4.5)

Figura 5 - Osteoma Osteóide(4.1)

REFERÊNCIAS

1. Filho RJG, Alimena LJM. Tumores ósseos benignos e lesões pseudotumorais. In: Herbert S. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed;2009. p. 857-970.
2. Filho RJG. Tumores musculoesqueléticos. In: Herbert S. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed;2009.
3. Carnesale PG. Benign Tumors of bone. In: Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. 11ª ed. St. Louis: Mosby/Manole; 2007. p. 793-809.
4. Kevin A. Raskin, Joseph H. Schwab. Giant cell tumor of bone. J Am Acad Orthop Surg. 2013 Feb;21(2):118-26.
5. Payne WT, Merrell G. Benign Bony and Soft Tissue Tumors of the Hand. J Hand Surgery 2010; 35(11):1901-10
6. Yasuda M, Masada K, Takeuchi E. Treatmente of enchondroma of the hand with injectable calcium phosphate bone cement. J Hand Surgery; 2006; Jan;31(1):98-102.
7. Korukian M, Jesus-Garcia R, Ishihara HY, Ponte FM, Tsantarlis PK. Tratamento conservador do cisto ósseo solitário do úmero. Rev Bras Orto. 1995; 30(11): 831-8.
8. Donley BG, Philbin T, Rosenberg GA, et al. Percutaneous CT-guided resection of osteoid osteoma of the tíbia plafond. Foot Ankle Int. 2000 Jul;21(7):596-8.
9. Jawad MU, Scully SP. Enneking Classification: benign and malignant tumors of the musculoskeletal system. Clin Orthop Relat Rev. 2010; 468(7):2000-2.
10. Drumond JMN. Eficácia do sistema de estadiamento de enneking no tratamento dos tumores ósseos benignos e lesões ósseas pseudotumorais. Rev Bras Ortop. 2010; 45(1):46-52.