

10 NEOPLASIAS

Neoplasias do sistema musculoesquelético não são muito freqüentes, se comparadas com a ocorrência em outros aparelhos. Entretanto, são muito marcantes, pois complicam com fraturas patológicas, anomalias de consolidação e, às vezes, há perda de segmentos anatômicos ou grave comprometimento da função em decorrência de cirurgias ablativas.

De maneira geral, em crianças e adolescentes, predominam as neoplasias primárias e, no adulto, as metastáticas. Além disso, há um grupo de afecções denominadas lesões pseudotumorais e algumas afecções primárias de outros sistemas com envolvimento do osso (sarcoma de Ewing, mieloma múltiplo, neuroblastoma).

Qualquer que seja a lesão ela geralmente é avaliada por imagens sendo muito importantes as radiografias, tomografia computadorizada, ressonância magnética e cintilografia para hipótese diagnóstica e estadiamento. Segue-se a biopsia que é muito importante para a confirmação do diagnóstico e tratamento que pode ser com a quimioterapia, radioterapia e cirurgia, conforme o caso. As biopsias devem ser realizadas pelo cirurgião que vai fazer o tratamento definitivo, pois dependem de planejamento adequado e de um serviço de anatomopatologia com pessoal especializado na análise do material. Lesões benignas são tratadas simplesmente pela excisão ou curetagem, às vezes complementadas com enxertia óssea ou colocação de algum implante. Lesões malignas são ressecadas de acordo com critérios oncológicos de margem de segurança e, para aquelas malignas e muito avançadas às vezes só resta a amputação como procedimento. Quando é feita uma grande ressecção óssea, geralmente incluindo a articulação, o segmento pode ser recuperado com o uso de endopróteses.

A oncologia ortopédica é, hoje, uma subespecialidade bastante complexa e multidisciplinar. Não é nosso objetivo estudar cada tipo de tumor separadamente, mas dar ao aluno as características gerais dos tumores malignos e benignos, principalmente do ponto de vista clínico e radiográfico, para que seja possível, em um atendimento geral, levantar a suspeita diagnóstica e encaminhar o paciente.

Do ponto de vista clínico, dor não é manifestação precoce dos tumores malignos ou benignos e, quando aparece, a lesão já cresceu bastante. Uma queixa é o aumento de volume no osso ou na musculatura e, eventualmente, uma fratura patológica (pag. 52).

Clinicamente, uma massa deve ser detalhada o mais possível em termos de história, isto é, quando foi percebida, se está a crescer ou não, se surgiram sintomas gerais, locais, se o paciente tem antecedentes de neoplasias de outros aparelhos (próstata, mama, etc), se há antecedentes familiares, etc.

No exame físico é importante descrever a localização detalhada da lesão e verificar se há alterações de pele como sinais inflamatórios, aumento da rede venosa, etc. Com a palpação procura-se caracterizar a consistência (endurecida, amolecida, cística, carnosa, etc.), dolorosa ou não, limites precisos/imprecisos, superficial/profunda, fixa/móvel.

Na sequência vem a radiografia que dará uma boa ideia do tipo de lesão. Raramente pode-se concluir um diagnóstico com base apenas na radiografia e história mas, com elas é possível estabelecer a provável natureza da lesão: se benigna ou maligna. Para isso aplicamos os critérios abaixo:

CARACTERÍSTICAS	LESÃO BENIGNA	LESÃO MALIGNA
Crescimento	lento	rápido
Dor	eventual	frequente
Alterações cutâneas	não	aumento de temperatura, rede venosa aumentada
Limites	precisos	imprecisos
Reação tecidos vizinhos	rara	frequente
Invasão	não	frequente
Imagem radiográfica	lesão bem definida, contorno esclerótico	limites imprecisos, invasão de tecidos vizinhos
metástases	não	sim

Ainda, os tumores podem ser predominantemente formadores de osso, ou osteogênicos, e ou predominantemente destruidores de osso ou osteolíticos. Há ainda, formas mistas em que, no mesmo tumor, em uma região predomina a destruição do osso e, em outras, a destruição.

Ainda, em termos de malignidade, há tumores, como o de células gigantes, de malignidade local e não sistêmica.

A ressonância magnética torna-se indispensável na maior parte dos casos pois, além de dar detalhes do conteúdo da lesão permite analisar as partes moles adjacentes, o que dará ideia se a lesão está restrita ao osso ou se já atingiu outros compartimentos e permitirá o estadiamento.

Alguns exemplos de lesões ósseas :

Lesões pseudotumorais: cisto ósseo simples, cisto ósseo aneurismático, fratura por fadiga, infecções, defeito fibroso cortical, displasia fibrosa, cistos sinoviais, etc

Lesões ósseas benignas: encondroma, osteoblastoma, osteoma osteoide, osteocondroma, fibroma não ossificante, hemangioma, etc. (Fig. 10.1)

Lesões ósseas malignas: osteossarcoma, condrossarcoma, tumor de Ewing, metástases, mieloma múltiplo, tumor de células gigantes, sarcoma sinovial, leiomiossarcoma, hemangiossarcoma, etc.



Fig. 10.1 Típica lesão óssea benigna. Ela tem contornos bem definidos, delimitados por linha radiodensa, é organizada e tem fundo homogêneo.

A seguir, apresentamos figuras ilustrativas de uma lesão pseudoneoplásica, que é o osteocondroma (Fig. 10.2) e de uma lesão francamente maligna como o osteossarcoma (Fig. 10.3).



Fig. 10.2 Sequência de imagens obtidas de um osteocondroma que é o tipo de um brotamento que aparece no osso. A primeira imagem é de uma radiografia simples, já mostrando a lesão, que aparece melhor na TC. As reconstruções 3D permitem melhor avaliação. No centro, embaixo, está a lesão ressecada e, por fim, o controle pós-operatório.

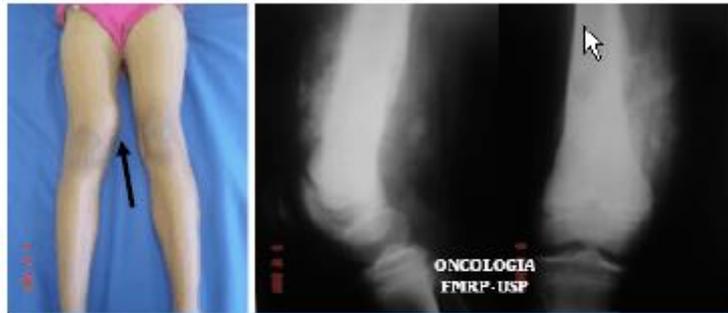


Fig. 10.3 - Exemplo de tumor altamente maligno. Na face interna do joelho há aumento de volume que, na radiografia, corresponde a grande lesão irregular, formadora de osso (osteogênica) que invade os tecidos vizinhos ¶

Lesões ósseas metastáticas

O esqueleto é sede frequente de metástases ósseas que podem ser causadas por qualquer tumor maligno. Manifestam-se predominantemente por dor e, eventualmente, fratura patológica. Os tumores que mais frequentemente dão metástases para o osso são mama, próstata, adenocarcinoma e pulmão e os ossos mais frequentemente acometidos são da coluna, pelve, costela e fêmur. Os tumores ósseos dão metástase mais frequentemente para o pulmão, fígado e cérebro.

O diagnóstico é feito pela radiografia e por outros exames de imagem, mas a cintilografia óssea com isótopo 99 do tecnécio é bastante útil, pois evidencia lesões que ainda não tem manifestação clínica, ou que não aparecem nas radiografias.