



ELSEVIER



Relato de Caso

Fibroma condromixoide em fíbula distal em paciente pediátrico: relato de caso[☆]

Antonio Carlos Canto Tomazini^{a,*}, João Paulo Carniel^b
e Luiz Antonio Munhoz da Cunha^{b,c}

^a Ortopedia e Traumatologia, Hospital Universitário Cajuru, Curitiba, PR, Brasil

^b Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

^c Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 5 de maio de 2012

Aceito em 17 de outubro de 2012

Palavras-chave:

Fibroma

Neoplasia

Pediatria

Keywords:

Fibroma

Neoplasms

Pediatrics

R E S U M O

Este caso retrata um raro tumor (fibroma condromixoide) em fíbula distal em paciente pediátrico, que se apresentava com dor e edema local. O diagnóstico final só foi feito após a segunda intervenção cirúrgica, em que o anatomopatológico foi comparado com as imagens tomográficas e o uso de métodos adjuvantes.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Chondromyxoid fibroma of the distal fibula in pediatric patient: a case report

A B S T R A C T

This case shows a rare tumor (chondromyxoid fibroma) in distal fibula in a pediatric patient who presented with local pain and tumescent. A final diagnosis was made only after the second operation, wherein the pathology was compared with CT imaging method and use of adjuvants.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Os tumores ósseos primários que incidem na faixa etária pediátrica são condições infrequentes; porém, quando ocorrem, em sua maioria são lesões benignas.^{1,2} O fibroma

condromixoide (FCM) é um tumor muito raro e é definido pela OMS como um “tumor benigno caracterizado por áreas lobuladas com células fusiformes; com abundante material intercelular mixoide ou condroide separado por zonas de maior concentração de células arredondadas ou fusiformes, com células gigantes multinucleadas de diferentes tipos”. As

[☆] Trabalho realizado no Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: antoniotomazini@hotmail.com (A.C.C. Tomazini).

áreas de tecido mixomatoso ocorrem por causa da necrose do tecido condroide e as áreas fibrosas são devidas à reparação das áreas degeneradas. Pode ser confundido com condrossarcoma, pois pode apresentar células com pleomorfismo.³ Representa menos de 1% dos tumores primários do osso.³ Jaffe e Lichtenstein, em 1948, foram os primeiros a descrever esse tipo de lesão, numa série de oito casos localizados em membros inferiores. Todos apresentavam dores leves e massa palpável no local, sem história de trauma.⁴⁻⁶

Tem maior incidência em crianças na puberdade e na adolescência e sua localização principal é a região metafisária dos ossos longos, principalmente nos membros inferiores. A tíbia proximal é acometida em 50% dos casos, seguida pelo fêmur, metatarso e calcâneo.^{6,7} A queixa clínica geralmente é mínima ou até mesmo inexistente; e quando presente o paciente refere leve dor na região acometida, de curso insidioso e progressivo, que pode apresentar discreto edema e irritação articular.^{8,9}

Radiologicamente é possível observar uma lesão lítica metafisária de característica excêntrica que raramente cruza a linha epifisária.^{5,6} Um fino halo de osso reativo margeia a parte externa da lesão, enquanto que a parte interna aparece com um contorno irregular que pode apresentar discreta esclerose.^{6,8} Por meio das imagens é possível diferenciá-la do condroma, da displasia fibrosa e do cisto ósseo aneurismático. A tomografia computadorizada helicoidal mostra com clareza os detalhes do tumor, que geralmente oscila entre 1,5 a 8 cm e pode conter pequenas calcificações em seu interior.^{9,10} É muito importante para estabelecer sua relação com a placa de crescimento e as estruturas vizinhas.⁶ O tratamento consiste na ressecção intralesional do tumor com fulguração de seu interior e pode ser usado cimento ósseo para ocupação do espaço deixado pela excisão ou curetagem seguida de auto ou homoenxerto, o que evita lesão da placa de crescimento.^{8,9} A recorrência é extremamente rara e não existe necessidade de quimioterapia ou radioterapia nessa patologia benigna.^{4,5}

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 16 anos, com queixa de aumento de volume e dor em tornozelo esquerdo nos últimos meses, nega trauma, com discreta alteração na marcha e sem melhoria com uso de diclofenaco contínuo. Ao exame físico não apresentava restrições de movimento, apenas um edema leve (+/4+) e dor à palpação profunda do maléolo lateral. Na tomografia computadorizada foi observada lesão lítica no maléolo fibular, que media 2,9 × 2,6 cm nos maiores eixos transversos e 3 cm no eixo vertical. Apresentava pequenos focos de solução de continuidade na cortical. Após a administração de contraste, observou-se área anelar de impregnação no seu interior, o que sugeriu processo inflamatório-infeccioso. Planos musculares e adiposos preservados (figs. 1 e 2).

O paciente foi então submetido a curetagem da lesão em fíbula distal em março de 2009, pelo Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pequeno Príncipe (HPP, Curitiba, PR). Foram retirados múltiplos fragmentos de tecido róseo-amarelado, granular e firme da fíbula, que mediam 3 × 2,5 × 0,5 cm. O exame anatomopatológico concluiu uma



Figura 1 – Radiografia de tornozelo E (19/03/09).

proliferação cartilaginosa atípica, o que recomendava considerar clinicamente como encondroma.

Nos retornos ambulatoriais após a cirurgia o paciente continuava a se apresentar com discreto edema do membro e dor



Figura 2 – Tomografia computadorizada helicoidal (19/03/09).



Figura 3 – Radiografia de tornozelo AP+P após um ano da cirurgia.

à palpação maleolar, que se agravou após um ano da cirurgia. Ele se queixava de dores diárias e discrepância de 10 graus a menos na dorso na flexão do pé em relação ao outro membro. Após nova tomografia (figs. 3 e 4) optou-se por nova intervenção cirúrgica.

O paciente foi submetido à ressecção do tumor, que tinha 8 cm, e foi feito enxerto autólogo de íliaco com fixação por fio de Kirschner e tala gessada (fig. 5). O relatório do exame anatomopatológico mostrou que o tecido tinha proliferação cartilaginosa atípica, que, após correlação anatomorradiológica, concluiu como diagnóstico final o fibroma condromixóide.

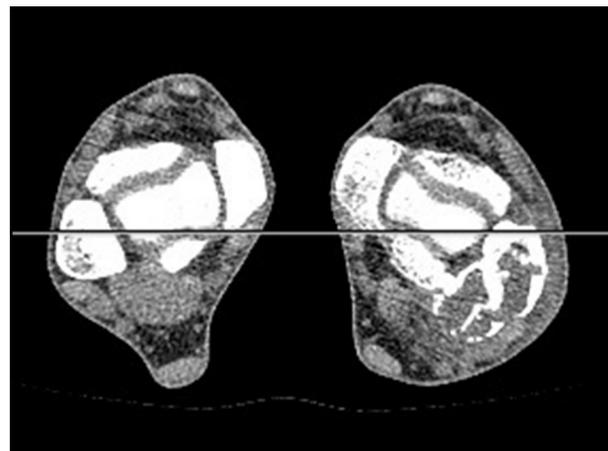


Figura 4 – Tomografia computadorizada helicoidal de tornozelo bilateral após um ano da cirurgia.

Nos seguimentos ambulatoriais seguintes o paciente apresentava-se assintomático, retirou o fio de Kirschner após 60 dias com apoio progressivo do membro, com discreto edema e sem dor local. Após um ano e dois meses da última cirurgia o paciente não relatava dor, tinha uma melhoria significativa na deambulação e sua restrição de movimentos era mínima (fig. 6).

Discussão

O fibroma condromixóide é um tumor muito raro e sua forma de apresentação é geralmente com clínica de dor, edema, sem história de trauma, que pode ser evidenciada após uma radiografia simples do membro. O diagnóstico será feito após estudo

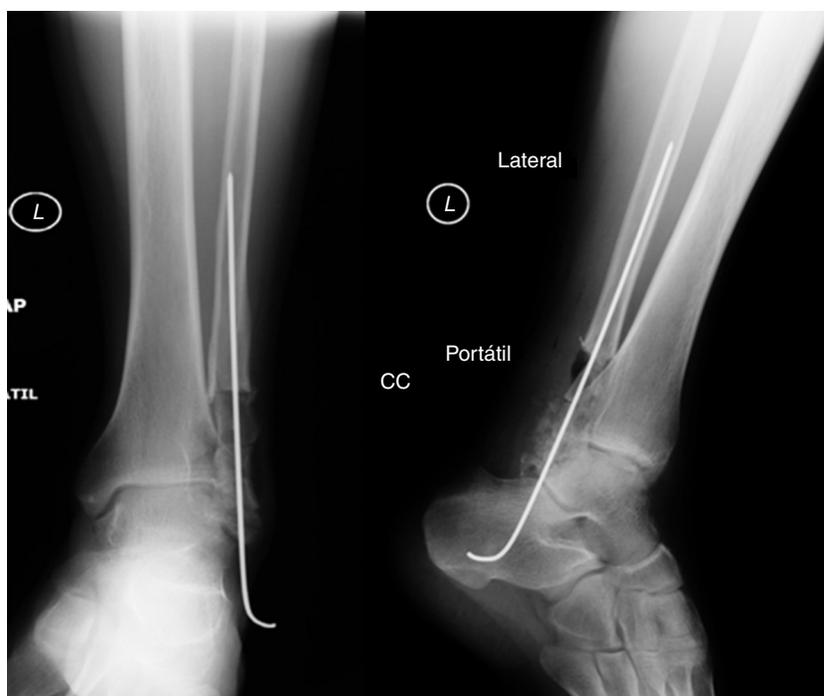


Figura 5 – Pós-operatório da segunda cirurgia.



Figura 6 – Radiografia de tornozelo após um ano e dois meses da segunda cirurgia.

anatomopatológico e seu tratamento pode variar conforme a região acometida. Di Giorgio et al.,¹⁰ em seu artigo, relatam que o tratamento feito com curetagem associada a fenolização da lesão tem melhor prognóstico, assim como Jesus-Garcia Filho,⁴ que afirma que a não associação de métodos adjuvantes se mostrou menos eficaz do que a resecção simples da lesão. No nosso paciente, o primeiro exame anatomopatológico não usou os métodos de imagem para correlacionar o diagnóstico, o que pode ter retardado o diagnóstico final. Na segunda abordagem cirúrgica, a correlação multiprofissional, com o uso de métodos de imagem juntamente com a biópsia, demonstrou-se eficaz, como o estudo de Gitelis³ defende.

Tumores ósseos na infância são entidades de difícil diagnóstico e devem ser lembrados quando se está diante de uma criança que apresenta dor, aumento de volume ou fratura que não condiz com a intensidade do trauma.

Ainda, quando um paciente se apresenta com lesão óssea suspeita e essa é biopsiada, atentamos que para o correto diagnóstico deve ser feita a correlação entre a clínica apresentada, a imagem radiológica e o laudo anatomopatológico, pois, como descrito neste relato de caso, só a histologia muitas vezes não pode afirmar o diagnóstico. A literatura sugere que quando o tratamento dessas lesões é feito com a curetagem, essa técnica deve ser acompanhada de algum método adjuvante, para eliminar toda a massa de células neoplásicas.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Canale T, Beaty JH. Campbell's operative orthopaedics. 11th ed. Philadelphia: Mosby; 2007. p. 210-5.
2. Morrissy RT, Weinstein SL, editors. Lovell & Winter's pediatric orthopaedics. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 411-3.
3. Gitelis S, Wilkins R, Conrad 2nd EU. Benign bone tumors. Instr Course Lect. 1996;45:425-46.
4. Jesus-Garcia Filho R, Korukian M, Ishirara HI, Miceno Filho NM, Figueiredo MT, Seixas MT. É a curetagem um método eficiente no tratamento dos tumores ósseos? Rev Bras Ortop. 1993;28(11/12):813-6.
5. Ralph LL. Chondromyxoid fibroma of bone. J Bone Joint Surg Br. 1962;44:7-24.
6. Caffey J. On fibrous defects in cortical walls of growing tubular bones: their radiologic appearance, structure, prevalence, natural course, and diagnostic significance. Adv Pediatr. 1955;7:13-51.
7. Takenaga RK, Frassica FJ, McCarthy EF. Subperiosteal chondromyxoid fibroma: a report of two cases. Iowa Orthop J. 2007;27:104-7.
8. Rosales OM, Calero YG. Fibroma condromixóide diafisario de tibia. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2006:1-5.
9. Leal Filho MB, Pereira Neto A, Pereira LC, Franco OS, Suzuki K, Mello PA, et al. Fibroma condromixóide da coluna torácica: relato de caso e revisão da literatura. Arq Neuropsiquiatr. 1995;53(4):837-40.
10. Di Giorgio L, Touloupakis G, Mastantuono M, Vitullo F, Imparato L. Chondromyxoid fibroma of the lateral malleolus: a case report. J Orthop Surg (Hong Kong). 2011;19(2): 247-9.