

Endoprótese não convencional de quadril “bloqueada” em um caso de condrossarcoma secundário à doença de Ollier*

ÉLIO CONSENTINO¹, PEDRO PÉRICLES R. BAPTISTA², ALEJANDRO ENZO CASSONE³,
PAULO SEIJI TONE⁴, MÚCIO BRANDÃO VAZ DE ALMEIDA⁴

RESUMO

Os autores apresentam o emprego de uma endoprótese não convencional de metade proximal do fêmur com o componente acetabular *bloqueado* em um paciente com condrossarcoma secundário à doença de Ollier; discutem sua indicação, resultado funcional imediato e a evolução do caso.

SUMMARY

Unconventional “blocked” hip endoprosthesis in a case of chondrosarcoma due to Ollier’s disease

An unconventional hip endoprosthesis with blocked acetabular component is used in the treatment of a chondrosarcoma of the half proximal femur due to Ollier’s disease. The indication, functional results and evolution are discussed.

INTRODUÇÃO

A encondromatose múltipla ou discondroplasia, descrita por Ollier em 1900, é uma patologia não hereditária com presença de encondromas múltiplos nos ossos e de caráter unilateral^(1,3,5,6).

A possibilidade de degeneração sarcomatosa em um foco de encondromatose, nos pacientes com doença de Ollier, é ao redor de 25%, geralmente para condrossarcoma e às vezes osteossarcoma^(1,3,7).

O presente caso refere-se a um paciente com doença de Ollier que desenvolveu condrossarcoma no fêmur proximal esquerdo, em um foco de encondroma prévio. Foi realizada a ressecção da lesão e substituição por uma endoprótese não convencional *Fabroni* do quadril “bloqueada”.

DESCRIÇÃO

Paciente com 20 anos, masculino, acometido por doença de Ollier no hemitorço esquerdo, diagnosticado aos três anos de idade.

Apresentava lesões no úmero proximal, rádio distal, bacia, fêmur (proximal e distal), tíbia e fíbula (proximal e distal) e pé, com encurtamento dos membros (fig. 1).



Fig. 1 — Aspecto clínico do paciente

* Trab. realiz. no Dep. de Ortop. e Traumatol. da Santa Casa de São Paulo (Serv. do Prof. Dr. Rudelli Sérgio A. Aristide).

1. Méd. Chefe do Grupo de Tumores Músculo-Esqueléticos.
2. Méd. Assist. do Grupo de Tumores Músculo-Esqueléticos.
3. Méd. Estagiário do Grupo de Tumores Músculo-Esqueléticos.
4. Residente do 4º ano.



Fig. 2 —
Radiografia do
quadril mostrando
a lesão tumoral
com sinais de
malignidade

Foi operado aos quatro anos, realizando-se osteotomia varizante do fêmur distal esquerdo para correção de geno valgo. Aos cinco anos, ressecção de encondromas da tibia e fêmur. Aos sete anos, ressecção de encondromas do rádio e alongamento de 3cm da perna esquerda, com aparelho de Wagner, interrompido em virtude de uma paresia do nervo ciático poplíteo externo. A partir de então, começou a utilizar uma órtese de compensação de 13cm.

Aos 20 anos, referiu dor intensa e aumento de volume no quadril esquerdo.

Ao exame físico, notou-se grande aumento de volume ao nível da face anterior, posterior e lateral do quadril esquerdo, associado a intensa dor à mobilidade passiva e diminuição da amplitude articular (70° de flexão, — 30° de extensão, — 10° de abdução, 10° de adução, 10° de rotação externa e 0° de rotação interna).

A radiografia simples do quadril esquerdo mostrava focos de calcificação e aumento da massa tumoral preexistente, com limites imprecisos, invasão de partes moles adjacentes e comprometimento da musculatura adutora proximal e médio-glútea (fig. 2).

A tomografia computadorizada evidenciou agressividade local da lesão, grande destruição óssea, massa tumoral extracortical e acometimento da musculatura adutora proximal e médio-glútea do quadril (fig. 3).

A biópsia percutânea realizada confirmou tratar-se de um condrossarcoma.

Tínhamos duas alternativas de tratamento: desarticulação do quadril (com o uso de prótese) e cirurgia com

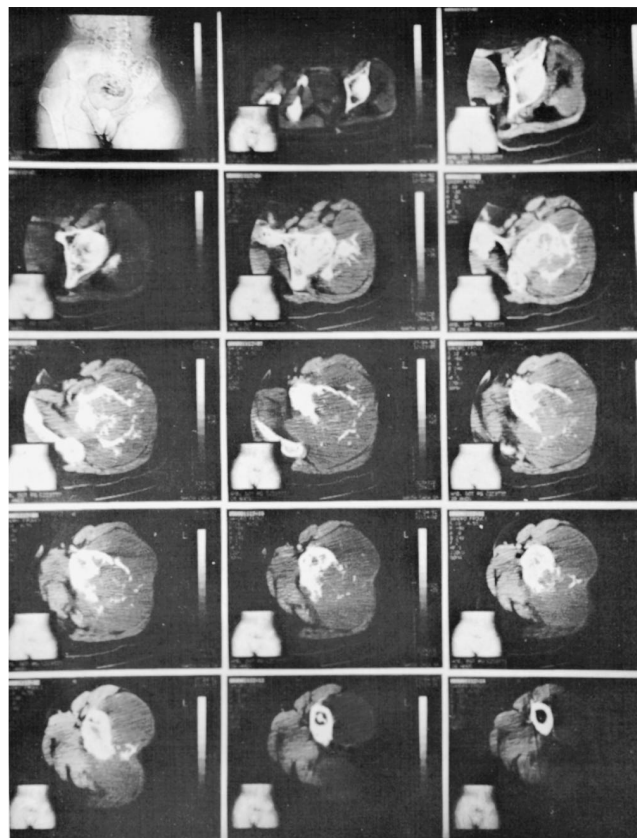


Fig. 3 — Tomografia computadorizada mostrando agressividade da lesão.

preservação do membro (com utilização de uma endoprótese não convencional).

A grande deformidade do membro superior esquerdo, dificultando o uso de muletas, fez com que descartássemos a primeira alternativa de tratamento. Optamos pela segunda alternativa e, em virtude do acometimento da musculatura estabilizadora do quadril, foi projetada uma endoprótese “bloqueada” (fig. 4).

Para evitar a instabilidade da articulação, a endoprótese necessitaria de um componente acetabular que funcionasse em conjunto com a extremidade proximal do fêmur. Esta endoprótese deveria permitir a realização dos movimentos do quadril e ao mesmo tempo funcionar como um mecanismo de bloqueio proporcionando estabilidade, suprimindo o déficit muscular.

No intra-operatório, encontrou-se, como previsto, grande massa tumoral envolvendo o músculo glúteo médio, grande parte do glúteo máximo e parte da muscula-

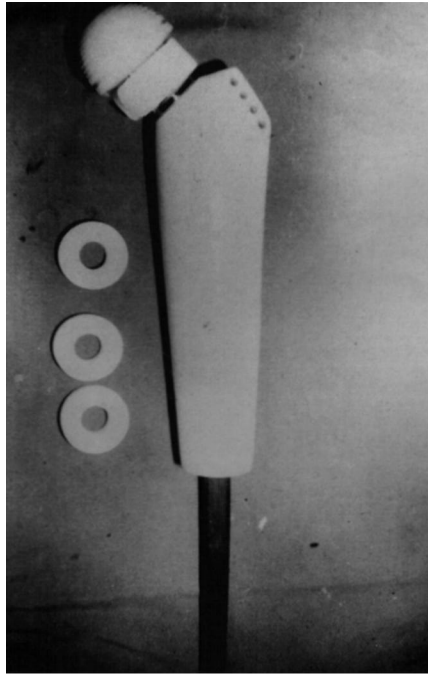


Fig. 4 — Endoprótese não convencional "Fabroni" de metade proximal do fêmur com componente acetabular bloqueado



Fig. 5 — Peça tumoral ressecada em bloco

tura adutora proximal do quadril. Após o isolamento do feixe vasculonervoso, completou-se a ressecção em bloco da lesão (fig. 5). A cimentação da endoprótese foi feita primeiramente no segmento distal e depois, em um só conjunto, no acetábulo, tendo-se o cuidado de colocá-la mais horizontalmente, para aumentar a estabilidade (figs. 6 e 7).

O corte da peça mostrou a grande massa tumoral com invasão da musculatura adutora proximal e abdutora do quadril, comprovando a necessidade da ampla res-



Fig. 6 — Aspecto intra-operatório. Observar o posicionamento da endoprótese.

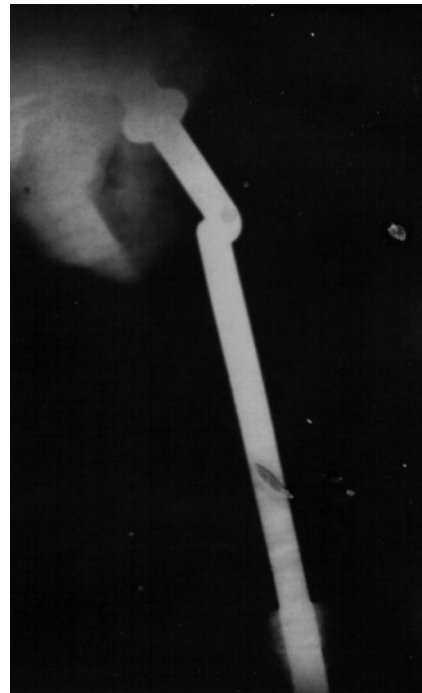


Fig. 7 — Radiografia do pós-operatório mostrando a substituição da metade proximal do fêmur

secção. O estudo histopatológico revelou tratar-se de condrossarcoma grau 1.

O paciente encontra-se atualmente no décimo quarto mês de pós-operatório, assintomático, mostrando função bastante satisfatória do membro inferior esquerdo, conseguindo carga total e utilizando a mesma compensação anterior.

A amplitude articular do quadril atualmente é de 60° de flexão, 0° de extensão, 45° de abdução, 20° de

adução, 45° de rotação externa e 10° de rotação interna.

DISCUSSÃO

Considerando a possibilidade da degeneração maligna de encondromas em pacientes com doença de Ollier (ao redor de 25%), o ortopedista deve manter um acompanhamento rigoroso para detectar precocemente o aparecimento de tais lesões^(1,3,4,7).

O aumento da massa tumoral, acompanhado de dor em locais previamente assintomáticos, sugere um processo de malignização. O diagnóstico precoce destas lesões nos dá a oportunidade de realizar uma cirurgia mais conservadora.

A experiência do serviço concorda com a da literatura, no que se refere à degeneração sarcomatosa para condrossarcoma de baixo grau de malignidade, cujo prognóstico é bom após uma ressecção adequada^(1,3,7).

Em relação ao tratamento realizado neste caso, gostaríamos de ressaltar o emprego de uma endoprótese do quadril *bloqueada* como alternativa a uma cirurgia mutilante (desarticulação). Entende-se por *bloqueada* um sistema no qual o acetábulo é cimentado em um conjunto só com a parte proximal do componente femoral, proporcionando estabilidade.

Nos tumores da extremidade proximal do fêmur, em que se torne necessária a ressecção da musculatura

estabilizadora do quadril, para obtermos boa margem oncológica, possibilitando a cura da doença, o uso deste tipo de endoprótese *bloqueada* possibilita um procedimento conservador com razoável melhora na qualidade de vida.

Não encontramos relatos na literatura sobre o uso deste tipo de endoprótese não convencional. Acreditamos que é uma opção de tratamento, embora a longo prazo sua validade deva ser ainda determinada,

REFERÊNCIAS

1. Braddock, G.T.F. & Hadlow, V.D.: Osteosarcoma in enchondromatosis (Ollier's disease). Report of a case. *J Bone Joint Surg [Br]* 48: 145-149, 1966.
2. Farbank, H.A.T.: From an atlas of general affections of the skeleton. 5. Dyschondroplasia. Synonyms — Ollier's disease, multiple enchondromata. *J Bone Joint Surg [Br]* 30: 689-692, 1984.
3. Jaffe, H.L.: *Tumors and tumorous conditions of the bones and joints*, 1958. p. 181-193.
4. Murray, A.M. & Cruickshank, B.: Dyschondroplasia. *J Bone Joint Surg [Br]* 42: 344-347, 1960.
5. Ollier, L.: De la dyschondroplasia. *Bull Soc Chir Lyon* 3: 22-27, 1900.
6. Paterson, D.C., Morris, L.L., Binss, G.F. & Kozlowski, K.: Generalized enchondromatosis. A case report. *J Bone Joint Surg [Am]* 71: 133-140, 1989.
7. Schwartz, H.S., Zimmerman, N.B., Simon, M.A., Wroble, R.R., Millar, E.A. & Bonfiglio, M.: The malignant potential of enchondromatosis. *J Bone Joint Surg [Am]* 69: 269-274, 1987.