

Tumor de células gigantes do sacro

Relato de caso*

PEDRO PÉRICLES RIBEIRO BAPTISTA¹, JOSÉ DONATO DE PRÓSPERO², FLORINDO VOLPE NETO³,
REGINA YUMI SAITO⁴, RODRIGO MONTEZUMA CESAR DE ASSUMPCÃO⁴, MARCOS SANMARTIN FERNANDEZ⁵

RESUMO

Os autores relatam caso de tumor gigante-celular (TGC) do sacro em uma paciente de oito anos e três meses de idade. O TGC é entidade raramente vista em pacientes esqueleticamente imaturos, como também em localização sacral. Existem poucos casos descritos na literatura. Em nosso serviço tratamos de sete pacientes até o momento. Este chama a atenção por ser o paciente mais jovem até agora descrito. Os estudos publicados mencionam comprometimento neurológico freqüente, embora este aspecto não tenha estado presente neste caso.

SUMMARY

Giant-cell tumor of the sacrum

The authors report a case of giant-cell tumor of the sacrum in a 8 year-old girl. This is the youngest patient ever reported in literature. Giant-cell tumors have rarely been seen in patients before epiphyseal fusion and sacral localization is uncommon. Seven cases are registered in our hospital. Although neurological involvement had been reported by some authors, it has not occurred in this case.

INTRODUÇÃO

O tumor gigante-celular (TGC) do sacro é relativamente raro. A maioria dos autores relata incidência que varia de 1,7 a 11,4% em suas casuísticas^(1-3,13). Desde 1913, 40 casos fo-

ram relatados na literatura^(2,12,13). Esta lesão localiza-se com maior freqüência no fêmur distal e na tíbia proximal, especialmente nas transições metafiso-epifisárias⁽⁵⁾. Segundo McDonald *et al.*⁽⁵⁾, o sacro ocupa o quarto lugar em freqüência (6,4%). Campanacci *et al.*⁽¹⁾ publicaram a ocorrência de 2,5% desse tumor no sacro, sendo o sétimo em freqüência. McDonald *et al.*⁽⁵⁾ relataram o acometimento do sacro em 14 casos de 221 pacientes (6,3%) com TGC.

O comportamento e o quadro anatomopatológico não mudam com relação às outras localizações da lesão⁽²⁾. A diferença baseia-se no quadro clínico e no tratamento, que estão intimamente relacionados com a localização anatômica do sacro e suas raízes nervosas.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de tumor gigante-celular em paciente esqueleticamente imaturo localizado no sacro, em razão de sua raridade, conforme dados da literatura mundial.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, com oito anos e três meses de idade, apresentou-se em novembro de 1995 ao Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Santa Casa de São Paulo (Pavilhão Fernandinho Simonsen) com queixa de dor na região lombossacra havia três meses, sem antecedente de trauma. Ao exame físico apresentava dor à palpação da região sacral, correspondente à área das últimas vértebras sacrais, sem tumor visível ou palpável, com exame neurológico normal. Foram realizadas radiografias em projeções ântero-posterior e perfil da região, as quais mostraram imagem de rarefação óssea central, bem delimitada, que comprometia as vértebras S2 e S3 (fig. 3A e B). Com esse quadro clínico e radiográfico foram aventadas as hipóteses diagnósticas de cisto ósseo aneurismático, osteoblastoma, condroblastoma e TGC. A cintilografia óssea mostrou hipercaptação na região mencionada, sem outras áreas anômalas (fig. 5). A tomografia axial computadorizada (fig. 4A e B) e a ressonância nuclear

* Trab. realiz. no Dep. de Ortop. e Traumatol. da Irmandade da Santa Casa de Miseric. de São Paulo, Pav. Fernandinho Simonsen (Serviço do Prof. Dr. José Soares Hungria Neto).

1. Chefe do Grupo de Tumores Músculo-Esqueléticos.
2. Chefe do Dep. de Anatomia Patológica.
3. Médico Assistente do Dep. de Ortopedia e Traumatologia.
4. Médico Residente do Dep. de Ortopedia e Traumatologia.
5. Médico Estagiário do Grupo de Tumores Músculo-Esqueléticos.

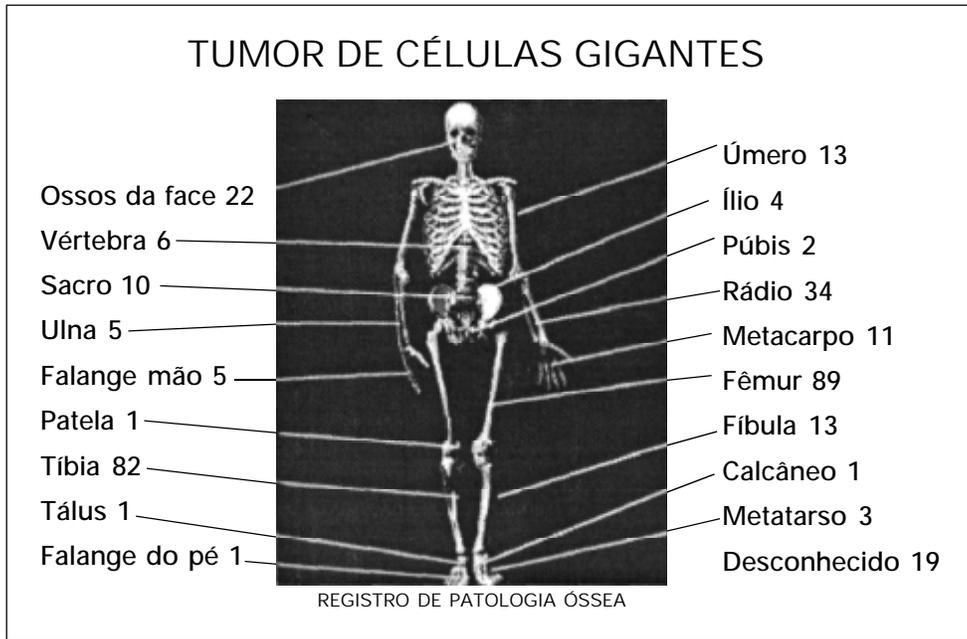


Fig. 1 – Distribuição do tumor gigante-celular segundo a localização

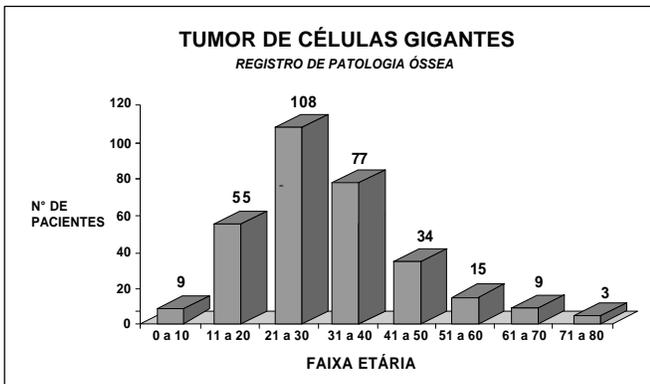


Fig. 2 – Distribuição dos pacientes com tumor gigante-celular segundo a faixa etária. Dez casos não possuem informação sobre a idade no Registro de Patologia Óssea.

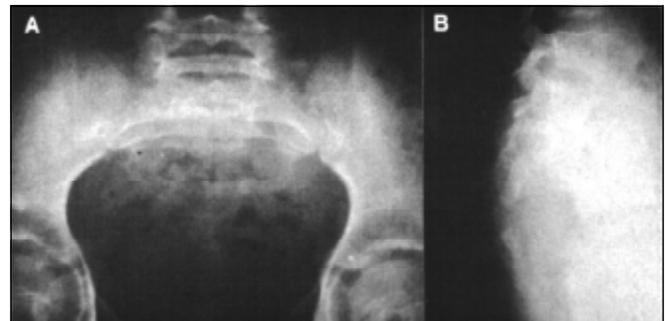


Fig. 3A e B – Radiografias iniciais em projeção ântero-posterior (A) e perfil (B) mostrando a lesão localizada no sacro

magnética (fig. 6) revelaram imagem de rarefação óssea bem delimitada com insuflação da cortical, porém sem rompê-la. Os exames laboratoriais eram normais.

A seguir, foi realizada biópsia por trocarte sob anestesia geral. O laudo anatomopatológico foi de TGC.

Realizou-se ressecção do segmento de S2 até o cóccix (fig. 7A e B) através de via posterior, tendo sido isolado e ligado o saco dural abaixo de S1. No pós-operatório imediato a paciente apresentou perda do controle esfinteriano urinário e fecal, que recuperou totalmente após um mês de pós-operatório. Não houve seqüela neurológica, sensitiva ou motora.

No retorno ambulatorial, quatro meses após a ressecção cirúrgica, a paciente estava assintomática, com controle esfinteriano e exame neurológico normais. Os controles radiográficos não mostraram nenhum sinal de recidiva (fig. 10A e B) ou de metástases pulmonares.

DISCUSSÃO

De 1950 a 1995, 321 casos de TGC foram registrados no Serviço de Patologia Óssea de nossa instituição. As características relativas à localização no osso e à faixa etária estão apresentadas, respectivamente, nas figs. 1 e 2. O acometimento do sacro foi verificado em nove pacientes, excluindo o caso aqui relatado (3,1%). A idade, o sexo e a cor desses

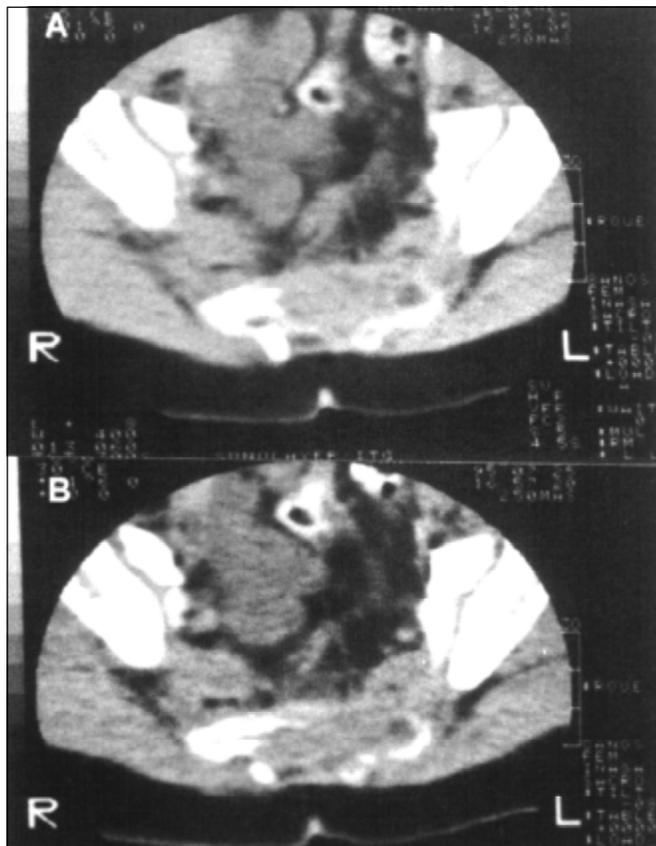


Fig. 4A e B – Tomografia axial computadorizada mostrando a lesão no sacro

TABELA 1

Pacientes arquivados no registro de Patologia Óssea da Santa Casa de São Paulo portadores de TGC de localização sacral. Características relativas a idade, sexo e cor

Nome	Idade	Sexo	Cor
AVS	63	M	Branca
AV	31	M	Branca
?	13	F	Branca
ERN	42	F	Branca
ESR	14	F	Branca
IAS	38	F	Negra
JIO	15	F	Branca
SG	18	F	Branca
FMF	85	M	Branca
EBS	8	F	Branca

pacientes são apresentados na tabela 1. Observa-se que quatro pacientes (40%) apresentavam idade igual ou inferior a 15 anos e 70% pertencem ao sexo feminino.

A maioria dos autores concorda com discreta predominância feminina (51,5%, segundo o Instituto Rizzoli, e 76,42%,

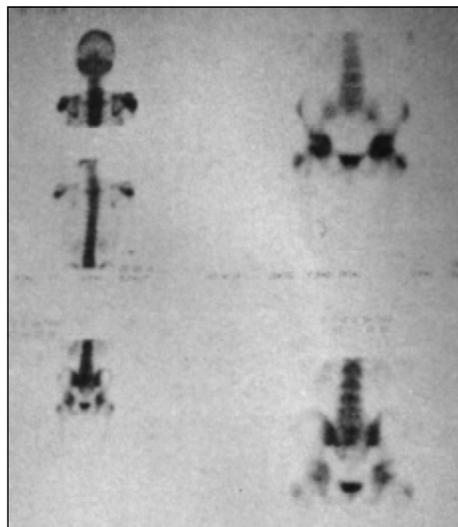


Fig. 5
Cintilografia óssea de corpo total com tecnécio 99m mostrando área de hipercaptação no local correspondente à lesão

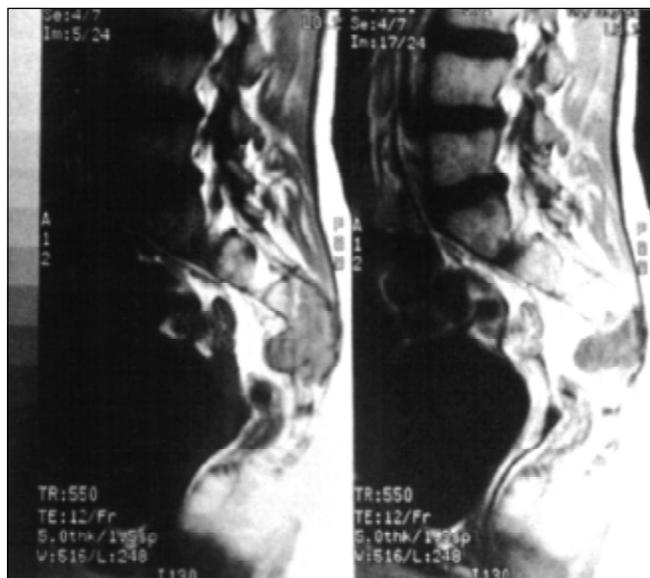


Fig. 6 – Ressonância nuclear magnética mostrando o comprometimento de S2, S3 e S4

segundo Johnson *et al.*)^(1,2). De 1913 a 1982 foram diagnosticados 14 TGC do sacro na Clínica Mayo, com variação etária de 12 a 58 anos, dez do sexo feminino e quatro do masculino, três deles com idade menor que 20 anos (12, 15 e 19 anos)⁽²⁾.

Smith *et al.*⁽¹²⁾ relataram que, em um estudo de 91 casos de tumores do sacro, encontraram 13 pacientes com TGC, sendo dois do sexo feminino e ambos com idade de 17 anos. O predomínio do sexo masculino, nesta série, divergiu dos dados encontrados em nossos arquivos e dos demais relatos da literatura.



Fig. 7A e B – Radiografias em projeção ântero-posterior (A) e perfil (B) no pós-operatório imediato mostrando a ressecção em bloco a partir de S2

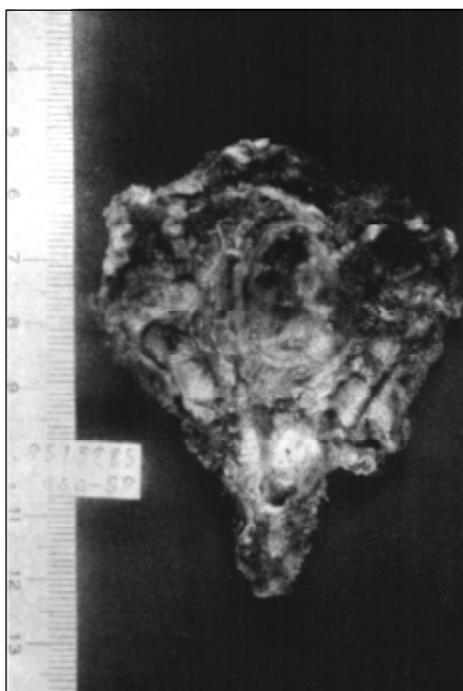


Fig. 8
Fotografia da peça cirúrgica mostrando a lesão tumoral

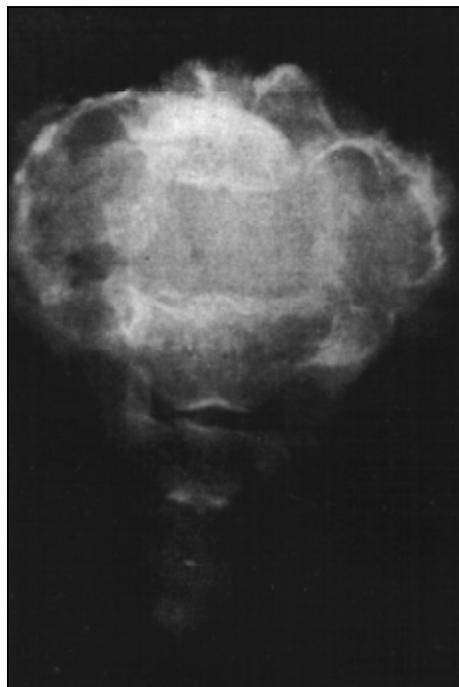


Fig. 9
Radiografia da peça cirúrgica



Fig. 10A e B – Radiografias em projeção ântero-posterior (A) e perfil (B) no último retorno ambulatorial (PO 0 + 4) sem sinais de recidiva local

O TGC acomete pacientes esqueléticamente maduros na grande maioria das vezes, como mostram a fig. 2 e Picci *et al.*⁽⁷⁾. Estes autores encontraram na literatura 1.162 pacientes com TGC e verificaram a ocorrência de apenas 20 (1,7%) com idade abaixo de 15 anos. O aparecimento do TGC em pacientes esqueléticamente imaturos é raro, como mostra a literatura pesquisada⁽⁷⁾. O caso em questão chama a atenção pela baixa idade do paciente. Walker *et al.*⁽¹⁵⁾ apresentam relato de caso de TGC no sacro em paciente do sexo feminino com 12 anos. Nojima *et al.*⁽⁶⁾ relatam uma paciente com 11 anos de idade, sendo este o caso mais jovem encontrado na literatura, excluindo-se o presente.

Larsson *et al.*⁽³⁾ enfatizam que grande parte dos tumores localizados na coluna e no sacro tem como primeira mani-

festação o comprometimento neurológico. No caso apresentado, o exame neurológico foi normal no momento da admissão no serviço, teve curto período de alteração esfíncteriana, que recuperou totalmente e assim permaneceu até o presente momento.

Johnson *et al.*⁽²⁾ relataram seis mortes dos 14 casos estudados, cinco causadas pelos efeitos invasivos locais, urológicos e um caso de malignização após seis anos do tratamento inicial. Relataram comprometimento neurológico sensitivo e motor, além de invasão tumoral da lâmina de L5 e do osso íliaco em aproximadamente um terço dos casos. O caso aqui relatado não teve comportamento clínico agressivo. A evolução pós-operatória foi favorável, principalmente quando comparada aos resultados publicados por esses autores.

O tratamento mais utilizado na literatura para o TGC do sacro é a excisão completa e ampla da lesão^(2,10-12). Quando há comprometimento das raízes sacrais, outra alternativa de tratamento é a associação de curetagem e criocirurgia, que pode originar bons resultados, porém com aumento dos índices de recidiva⁽⁴⁾. Embora de eficácia limitada, a radioterapia pode ser instituída como adjuvante nos casos de ressecção incompleta do tumor ou nas recidivas inoperáveis, sempre em doses adequadas devido ao risco de malignização^(1,2,5). Walker *et al.*⁽¹⁵⁾ relatam a utilização da embolização na tentativa de controlar o tumor, associando também a radioterapia quando a primeira for insuficiente. A embolização e a radioterapia, segundo esses autores, são úteis no tratamento pré-operatório, diminuindo o volume do tumor e o risco de sangramentos profusos intra-operatórios.

REFERÊNCIAS

1. Campanacci, M., Baldini, N., Boriani, S. et al: Giant-cell tumor of bone. *J Bone Joint Surg [Am]* 69: 106-114, 1987.
2. Johnson, E.W., Gee, V.R. & Dahlin, D.C.: Giant-cell tumor of the sacrum. *Am J Orthop* 302-305, 1962.
3. Larsson, S.E., Lorentzon, R. & Boquist, L.: Giant-cell tumor of the spine and sacrum causing neurological symptoms. *Clin Orthop* 111: 201-211, 1975.
4. Marcove, R.C., Sheth, S.D., Brien, E.W. et al: Conservative surgery for giant cell tumors of the sacrum. *Cancer* 74: 1253-1260, 1994.
5. McDonald, D.J., Sim, F.H., McLeod, R.A. et al: Giant-cell tumor of bone. *J Bone Joint Surg [Am]* 68: 235-242, 1986.
6. Nojima, T., Takeda, N., Matsuno, T. et al: Case report. *Skeletal Radiol* 23: 583-585.
7. Picci, P., Manfrini, M., Zucchi, V. et al: Giant-cell tumor of bone in skeletally imature patients. *J Bone Joint Surg [Am]* 65: 486-490, 1983.
8. Rock, M.G., Pritchard, D.J. & Unni, K.K.: Metastases from histological benign giant-cell tumor of bone. *J Bone Joint Surg [Am]* 66: 269-273, 1984.
9. Savini, R., Gherlinzoni, F., Morandi, M. et al: Surgical treatment of giant cell tumor of the spine. *J Bone Joint Surg [Am]* 65: 1283-1289, 1983.
10. Shirata, J., Yamamuro, T., Shimizu, K. et al: Surgical treatment of giant-cell tumors of the spine. *Clin Orthop* 278: 29-36, 1992.
11. Simpsom, A.H.R.W., Porter, A., Davis, A. et al: Cephalad sacral resection with a combined extended ilioinguinal and posterior approach. *J Bone Joint Surg [Am]* 77: 405-411, 1995.
12. Smith, J., Wixon, D. & Watson, R.C.: Giant cell tumor of the sacrum. Clinical and radiological features in 13 patients. *Can Assoc Radiol J* 30: 34-39, 1979.
13. Sung, H.W., Kuo, D.P., Chai, Y.B. et al: Giant-cell tumor of bone: analysis of two hundred and eight cases in chinese patients. *J Bone Joint Surg [Am]* 64: 755-761.
14. Tomita, K. & Tsuchiya, H.: Total sacrectomy and reconstruction for huge sacral tumors. *Spine* 15: 1223-1227, 1990.
15. Walker, D.R., Rankin, R.N., Anderson, C. et al: Giant cell tumor of the sacrum in a child. *Can J Surg* 31: 47-49, 1988.