

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ADAMANTINOMA: RELATO DE CASO

ADAMANTINOMA SURGICAL TREATMENT: CASE REPORT

FÁBIO LOPES CAMARGO, LUCIANA MARTINS RODRIGUES SALGADO, MARCELO LEMES CRUZ, RODRIGO MARQUES PARANAHYBA, ROGÉRIO ANDRADE DO AMARAL, FREDERICO BARRA DE MORAES

RESUMO

OBJETIVO: Relatar um raro caso de adamantinoma. **RELATO DO CASO:** Paciente de 12 anos, feminino, 15 dias de dor e abaulamento de terço médio da tíbia esquerda. O tumor localizava-se na face anterior da tíbia e media cerca de quatro centímetros. Exames de imagem evidenciam lesão osteolítica na tíbia, com afinamento de corticais, zona de transição mal definida, lesões satélites proximais, de 8 x 3 x 5 cm. Anátomo-patológico mostrou estroma fuso celular estoriforme contendo trabéculas ósseas circundadas por osteoblastos de permeio e ninhos isolados de células epiteliais, sendo feito o diagnóstico de adamantinoma. Feita ressecção em bloco do tumor de 15 cm, com transposição local da fíbula, enxerto ósseo do quadril e estabilização com fixador externo dinâmico de Ilizarov. A paciente permaneceu com o fixador por um ano até modelação óssea diafisária cortical. Após cinco anos de seguimento, não apresentou recidiva local ou metástase à distância. **DISCUSSÃO:** O adamantinoma é uma neoplasia óssea primária, de origem obscura. Possui baixo grau de anaplasia, com característica histológica bifásica, com estruturas epiteliais e mesenquimais. Representa 0,1 a 0,4% dos tumores ósseos primários. O diagnóstico é clínico e radiológico, sendo confirmado com estruturas epiteliais adamantinóides no histopatológico. O tratamento é a ressecção do tumor com margem oncológica.

DESCRIPTORES: TUMOR ÓSSEO; ADAMANTINOMA; TRANSPLANTE ÓSSEO.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To report a rare case of adamantinoma. **CASE REPORT:** Patient 12 years old, female, 15 days of pain and bulging middle third of the left tibia. The tumor was located in the anterior surface of the tibia and measured about four centimeters. Imaging tests show osteolytic lesion in the tibia with cortical thinning, poorly defined transition zone, proximal lesions satellites, 8 x 3 x 5 cm. Anatomicopathological showed spindle cell stroma containing storiform trabecular bone surrounded by osteoblasts intermingled and isolated epithelial cell nests, being diagnosed with adamantinoma. Made resection of 15 cm tumor block with local transposition of the fibula bone graft hip and dynamic stabilization with Ilizarov external fixator. The patient remained with fixative for a year until diaphyseal cortical bone modeling. After five years of follow-up showed no local recurrence or distant metastasis. **DISCUSSION:** Adamantinoma is a primary bone tumor of unknown origin. It has a low degree of anaplasia with biphasic histological characteristic, with epithelial and mesenchymal structures. It is 0.1 to 0.4% of primary bone tumors. The diagnosis is clinical and radiological, and confirmed with adamantinoid epithelial structures in the histopathology. The treatment is tumor resection with oncological margin.

KEY WORDS: BONE TUMOR; ADAMANTINOMA; BONE TRANSPLANT.

INTRODUÇÃO

O adamantinoma é uma neoplasia óssea primária¹, de origem obscura². Possui baixo grau de anaplasia, com característica histológica bifásica, com estruturas epiteliais e mesenquimais³⁻⁴. Representa 0,1 a 0,4% dos tumores ósseos primários³⁻⁴. O diagnóstico é clínico e radiológico, sendo confirmado com estruturas epiteliais adamantinóides no histopatológico⁵. O tratamento é a ressecção

do tumor com margem oncológica^{1,5}. O objetivo desse trabalho é relatar um raro caso de tumor ósseo, o adamantinoma, descrevendo suas características clínicas, radiológicas e terapêuticas.

RELATO DO CASO

Paciente de 12 anos, feminino, procedente de Goiânia, Goiás, apresentando história de 15 dias de dor e abaulamento

INSTITUIÇÃO

Liga do Trauma Faculdade de Medicina – Universidade Federal de Goiás.

de terço médio da tibia esquerda, após trauma direto na cama. O tumor localizava-se na face anterior da tibia e media cerca de quatro centímetros. Sem alteração na amplitude de movimento do joelho e tornozelo esquerdos, sem sinais flogísticos ou febre.

Na radiografia foi evidenciada uma lesão osteolítica no terço médio da tibia, insuflativa, com afinamento de corticais, preservando somente a cortical posterior, com zona de transição mal definida, além de lesões satélites proximais, tendo a lesão principal as seguintes medidas de 8 x 3 x 5 cm (figura 1). A tomografia computadorizada evidenciou lesão heterogênea, com densidade de partes moles e calcificações de permeio, na medular óssea e diáfise da tibia (figura 2).

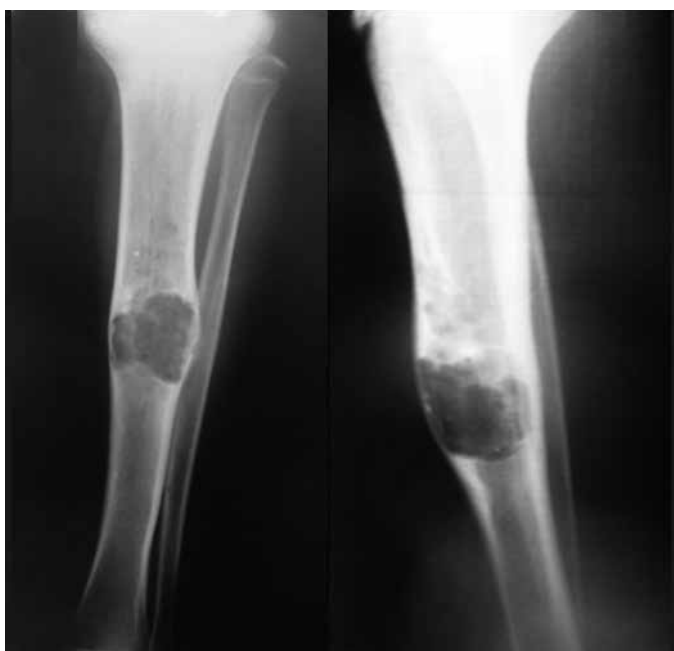


Figura 1 - Radiografia da perna esquerda, em incidências ântero-posterior e perfil, evidenciando lesão osteolítica, insuflativa, de 8 x 3 x 5 cm, no terço médio da tibia.

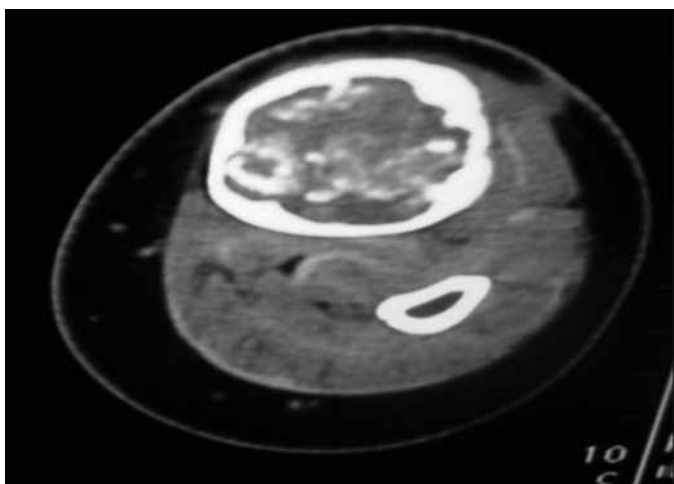


Figura 2 - Tomografia da perna esquerda, em corte axial, evidenciando lesão heterogênea, com densidade de partes moles e calcificações de permeio no terço médio da tibia.

O anátomo-patológico da biópsia mostrou estroma fuso celular estoriforme contendo trabéculas ósseas circundadas por osteoblastos de permeio e ninhos isolados de células epiteliais, sendo feito o diagnóstico de adamantinoma.

Foi feita ressecção em bloco do tumor no terço médio da diáfise, de aproximadamente 15 cm, com transposição local da fíbula, enxerto ósseo do quadril e estabilização com fixador externo dinâmico (figura 3).



Figura 3 - Radiografia da perna esquerda, em incidência ântero-posterior e perfil, evidenciando ressecção tumoral no terço médio da tibia, transposição da fíbula e estabilização com fixador externo dinâmico.

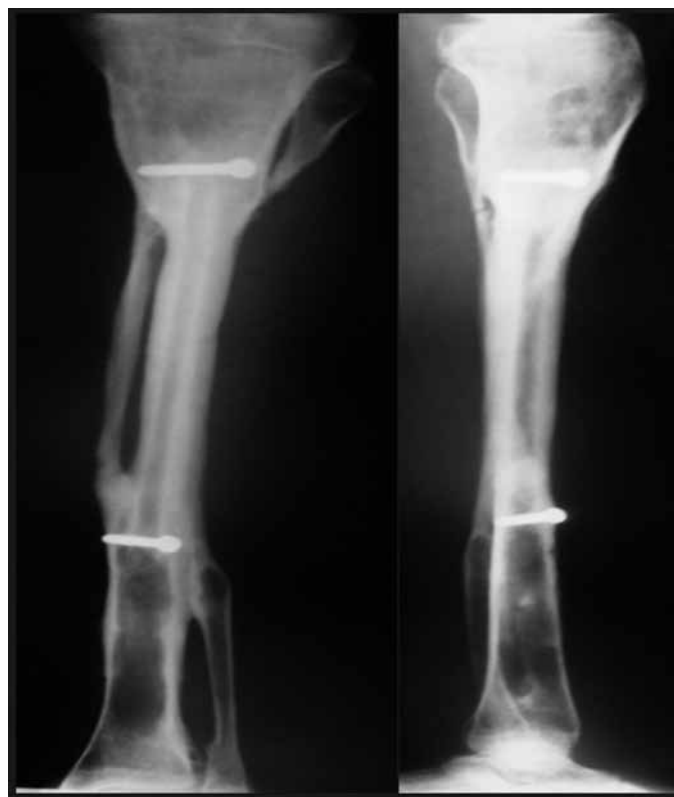


Figura 3 - Radiografia da perna esquerda, em incidência ântero-posterior e perfil, evidenciando modelação óssea diafisária cortical sem recidiva local.

DISCUSSÃO

Como no caso apresentado, o adamantinoma pode ocorrer em crianças e adolescentes, mas prevalece em adultos jovens^{1,6}. A tíbia é o principal osso acometido^{1,5}. O quadro clínico é dor e deformidade progressivas no local afetado^{1,3-4}. Métodos de imagem evidenciam lesão intraóssea, inicialmente excêntrica, lítica, de limites imprecisos, alongada, com maior eixo ao longo do osso³⁻⁴. Podem ocorrer metástases em 20% dos casos^{1,6}, mesmo que tardias, sendo o seguimento pós-operatório a longo prazo essencial^{1,5}.

A transposição local da fíbula para substituição da tíbia ressecada é uma técnica sem grau de complexidade maior, podendo resolver a situação de uma grande ressecção no membro inferior. Porém, se a localização do adamantinoma for em outro sítio ósseo, a transferência deverá ser feita através de microcirurgia, com microanastomoses do pedículo vascular a distância.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com displasia fibrosa e osteofibrodisplasia⁵. Faz-se importante o conhecimento desse tumor ósseo pelo médico generalista e ortopedista, pois apresenta comportamento maligno, e seu diagnóstico e tratamento precoce deve ser instituído para um melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Schajowicz F. Neoplasias ósseas e pseudotumorais. Patologia. Radiologia. Tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 468-81.
2. Dabbs DJ, editor. Diagnostic immunohistochemistry. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2006. p.104-6.
3. Próspero JD. Adamantinoma de ossos longos. In: Próspero JD. Tumores ósseos. São Paulo: Roca; 2001. p. 197-201.
4. Dorfman HD, Czerniak B. Bone tumors. St. Louis: Mosby; 1998. p. 953-73.
5. Próspero JD, Baptista PPR, Consentido E, Hasegawa CCT, Amary MFC, Yonamine ES. Adamantinoma de ossos longos. Rev Bras Ortop. 2008; 43(8):343-50.
6. Van Rijn R, Bras J, Schaap G, van den Berg H, Maas M. Adamantinoma in childhood: report of six cases and review of the literature. Pediatr Radiol. 2006; 36(10):1068-74.