

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EM TOPOGRAFIA DE 4ª FALANGE PROXIMAL: RELATO DE CASO

Patrícia Nogueira Ferreira e Silva¹
Irapuan Teles de Araujo Filho²

RESUMO: Objetivou-se, com esse trabalho, realizar o relato de caso de uma paciente do sexo feminino de 23 anos portadora de tumor de células gigantes (TCG) em 4º dedo da mão esquerda, acometendo por contiguidade a topografia de 3ª, 4ª e 5ª regiões metacarpo falangeanas. Paciente iniciou quadro de dor 8 meses antes do diagnóstico, evoluindo com tumoração local. Foi submetida a exames clínicos, exames radiográficos e ressonância magnética bem como a estudo histológico de material coletado a partir de biópsia incisional, que sugeriram o diagnóstico de TCG em 4ª falange proximal. Diante disso optou-se pelo tratamento cirúrgico de amputação dos dedos acometidos pelo tumor. A paciente evoluiu satisfatoriamente ao longo dos 5 anos subsequentes ao tratamento cirúrgico, sem recidivas locais ou metástases.

Palavras-chave: Tumores de células gigantes. Falange dos dedos da mão. Neoplasia benigna.

SUMMARY: The objective of this work was to report the case of a 23-year-old female patient with giant cell tumor (GCT) in the 4th finger of the left hand, affecting by contiguity the topography of 3rd, 4th, and 5th metacarpal regions phalangeal. Patient pain began 8 months before the diagnostic, evolving with local tumor. She was submitted to clinical examinations, radiographic examinations, and magnetic resonance imaging as well as a study histological of material collected from incisional biopsy, which suggested the diagnosis of GCT in the 4th proximal phalanx. Therefore, it was decided to treat the surgical treatment of amputation of the fingers affected by the tumor. The patient progressed satisfactorily over the 5 years following surgical treatment, without local recurrences or metastases.

Keywords: Giant cell tumors Phalanx of the fingers of the hand. Benign neoplasm

¹ Patrícia Nogueira Ferreira e Silva Médica Especialista em Cirurgia Geral pelo Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC/UFC), Fortaleza-CE, Brasil. email: patricianogueirafs@gmail.com.

² Irapuan Teles de Araújo Filho Médico Especialista em Cancerologia Cirúrgica do Instituto do Câncer do Ceará (ICC) e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará.

RELATO DE CASO

Paciente M. L. S. A., 23 anos, previamente hígida procurou o ambulatório de cirurgia oncológica do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC-UFC), apresentando queixa de dor na mão esquerda há cerca de 8 meses.

Na ocasião referia inchaço iniciado há 4 meses na topografia da base do 3^o, 4^o e 5^o quirodáctilos da mão esquerda com perda funcional parcial progressiva e piora da dor. Negava

traumas associados, parestesia, febre, perda ponderal e outros sintomas constitucionais. Negava história pessoal e familiar de neoplasias ou comorbidades.

Ao exame físico paciente apresentava volumosa tumoração de partes moles (*figuras I e II*), em mão esquerda ocupando toda topografia de 3^a, 4^a e 5^a regiões metacarpo falangeanas e interfalangiana proximal no 4^o dedo. A massa tumoral apresentava-se fixa, pétrea, indolor a palpação.

A paciente mostrava perda funcional dos dedos acometidos, com o polegar e o index sem alterações físicas ou funcionais. Relatava prurido local e saída de secreção esverdeada no leito ungueal do 4^o quirodáctilo.

Apresentava exames sanguíneos laboratoriais com valores dentro da normalidade.



FIG I e II- Mão esquerda da paciente acometida pelo tumor em posição supina (I) e prona (II) onde é possível ver as marcações pré cirúrgicas.

A radiografia (figuras III e IV) do membro revelava lesão lítica expansiva comprometendo a 4ª falange proximal da mão esquerda com sugestivo acometimento de tecidos moles perilesionais.

A radiografia de tórax, solicitada em um contexto de rastreamento de metástases pulmonares, não apresentou alterações, excluindo, portanto, essa possibilidade.

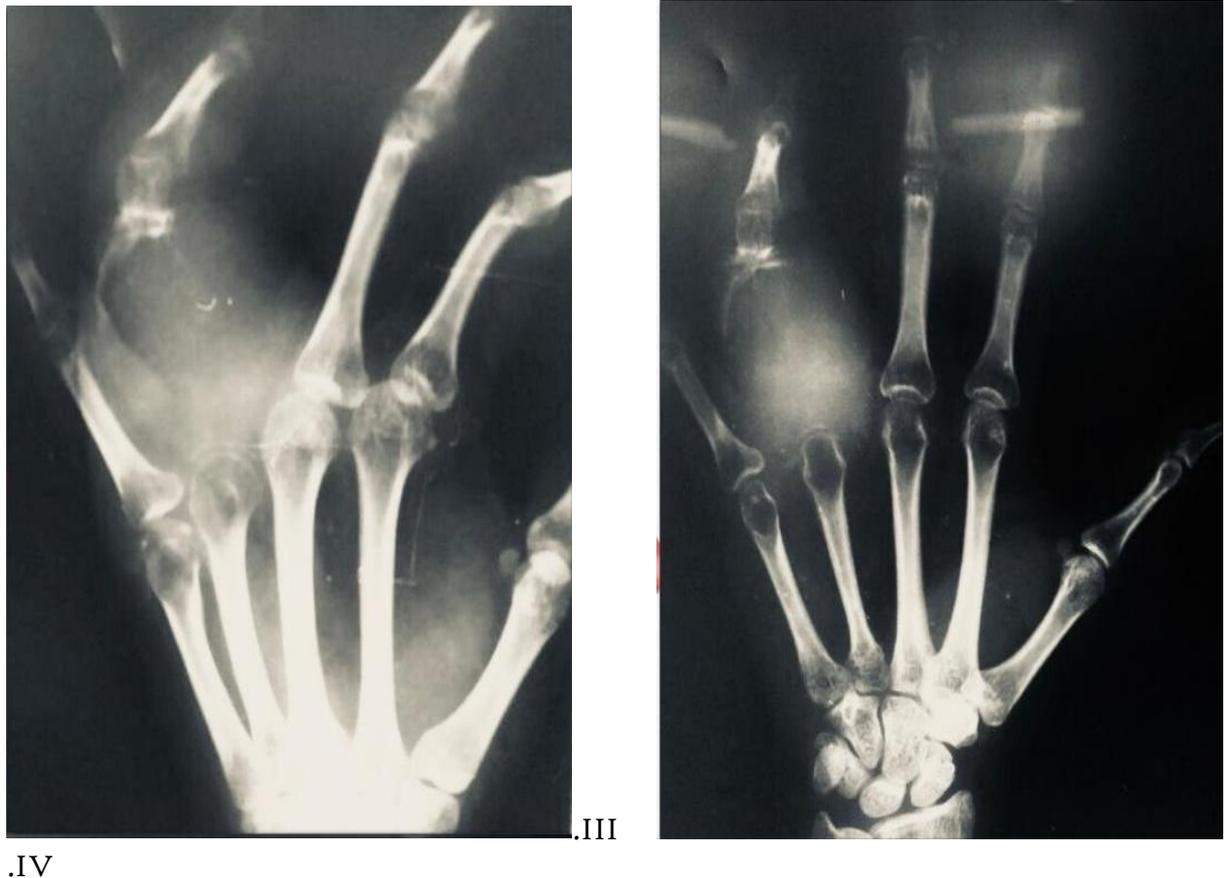


FIG III e IV- Radiografia da mão em incidências oblíqua (III) e de perfil pósterior anterior (IV).

Ressonância Magnética mostrava lesão expansiva agressiva globosa com sinal heterogêneo, levemente aumentado em T₁ (figuras V e VI) e moderadamente aumentado em T₂ (figuras VII e VIII), medindo 5,1x 5,4cm com septações grosseiras e contornos definidos situado no terço proximal do 4º quirodáctilo, englobando tendões dos flexores e determinando destruição subtotal de falange proximal.

Textura heterogênea grosseira contendo focos circunscritos e alto sinal em T₂ sugerindo necrose e conteúdo líquido. Lesão expansiva de comportamento agressivo no 4º quirodáctilo

com invasão focal do 3º quirodáctilo de provável natureza neoplásica. A principal hipótese é de tumor de células gigantes (TCG).

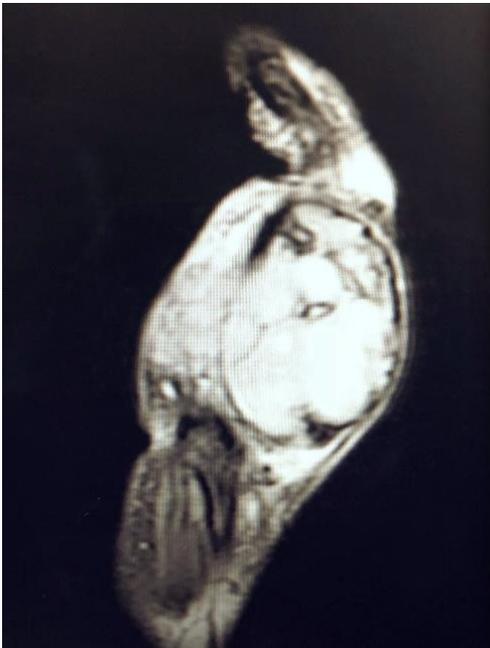


.V



.VI

FIG (V,VI) Ressonância magnética em T1 evidenciando tecidos acometidos pela lesão.



.VII

.VIII



FIG (VII,VII) Ressonância magnética em T2 evidenciando tecidos acometidos pela lesão

A microscopia, realizada em material coletado através de biópsia incisional, revelou a presença de neoplasia formada por numerosas células gigantes multinucleadas do tipo osteoclastos.

Revelou também células de aspecto monocitóide com núcleos regulares de permeio e ausência de malignidade, quadro compatível com tumor de células gigantes (TCG).

Diante do quadro e das possibilidades prognósticas, optou-se pelo tratamento cirúrgico e a paciente foi submetida a amputação parcial de mão esquerda, incluindo o 3º, 4º e 5º quirodáctilos com metacarpos correspondentes, ao nível da base dos metacarpos com margem de segurança oncológica tanto nos ossos como nas partes moles, preservados o 1º e 2º quirodáctilos.



.VII



.VIII

FIG (VII e VIII) Status pós cirúrgicos.

Após a cirurgia a paciente foi encaminhada para o serviço de fisioterapia e de cirurgia plástica da instituição para continuidade do tratamento e reabilitação da mão.

Permaneceu em acompanhamento com o serviço de cirurgia oncológica após o procedimento e não apresentou recorrência da doença, durante o seguimento clínico, após 5 anos do tratamento.

DISCUSSÃO

O tumor de células gigantes (TCG) é uma neoplasia óssea benigna de comportamento localmente agressivo (1) com evolução incerta e características peculiares, que justificam seu estudo a fim de se obter uma melhor compreensão da doença e do tratamento a ser escolhido.

Sua incidência é maior em jovens em idade produtiva (entre 20 e 40 anos) comprometendo muitas vezes a funcionalidade do membro acometido e determinando perda da capacidade laboral (3). Alguns estudos relatam o predomínio discreto em mulheres em relação aos homens (razão de 1,3:1) (4).

Nosso caso apresenta justamente uma mulher de 23 anos em que o tamanho do tumor e seu acometimento tecidual, limitaram as tentativas de preservação do membro, resultando na perda funcional de grande parte da mão.

As neoplasias ósseas por si só se constituem entidades raras, correspondendo a 2% das neoplasias em geral (2). Os TCG correspondem a 8% dos tumores ósseos primários, sendo frequentemente encontrados em ossos longos (45-55%). A incidência dos TCG nos ossos da mão é rara (2-4%) quando comparada aos TCG em outras localizações, o que explica uma quantidade reduzida de publicações científicas sobre essa patologia e corrobora com a necessidade de mais trabalhos nesse sentido.

A doença normalmente se apresenta com comportamento localmente agressivo, com sintomas precoces, associada a uma extensa destruição óssea local. Na apresentação clínica da nossa paciente identificou-se no momento do diagnóstico que havia uma importante perda de tecido ósseo e comprometimento loco regional de tecidos moles adjacentes.

A maioria dos pacientes com TCG apresenta sintomas iniciais discretos, com dor localizada, insidiosa com piora progressiva, mas particularmente na mão, sua evolução é rápida (2,3). Tendem a cursar com aumento do volume local e incapacidade funcional de forma precoce, principalmente pela superficialidade do tumor nessa localização e, proximidade, com a articulação. Podem ainda apresentar quadros mais exuberantes de dor por fraturas patológicas (3) e costumam evoluir com invasão das partes moles adjacentes sem invadir e ulcerar a pele e o tecido celular subcutâneo (2,5).

Nossa paciente apresentava a lesão com essas características clínicas clássicas conforme relatado.

Para o a definição do tipo tumoral, geralmente associamos diferentes recursos diagnósticos. É importante destacar que o diagnóstico de TCG se dá pela associação de achados clínicos, de exames de imagem e histopatológico, de modo que é possível descartar diagnósticos diferenciais mais prevalentes.

Nos exames de imagem podemos observar algumas características sugestivas da doença que corroboram com nossa suspeita clínica.

Na radiografia o TCG apresenta-se tipicamente como uma lesão metafisária lítica, excêntrica, sem definição de limites como identificado no nosso caso clínico.

A doença pode ainda, quando ocorre uma evolução maligna, cursar com metástase à distância, geralmente para parênquima pulmonar, o que foi descartado neste caso pelos exames de imagem realizados no momento do diagnóstico da doença e durante o seguimento pós-operatório (1, 3).

A RNM é utilizada para definição pré-cirúrgica quanto as margens do tumor, evidenciando suas características morfológicas e para rastreamento de recidiva da doença (1). De um modo geral, não existem sinais patognomônicos em exames complementares de imagem que definam o diagnóstico de TCG.

Morfológicamente o TCG trata-se de um tumor ósseo sólido, grande, com coloração acastanhada com áreas de tecido necrótico amarelo avermelhadas ou esbranquiçadas pela intensa fibrose.

Histologicamente é constituído de estroma com células ovulares ou fusiformes e numerosas células gigantes multinucleadas dispersas no entremeando tumoral. O tecido neoplásico costuma apresentar-se ricamente vascularizado embora com pouco substrato intercelular (3, 5).

Uma vez definido que se trata de um TCG, é importante a escolha do tratamento a ser realizado.

O objetivo do tratamento é obter controle tumoral local e evitar recidivas buscando preservar as funções e bom padrão estético da mão acometida. Devemos considerar as particularidades da sua apresentação caso a caso, individualizando-se a conduta para cada paciente.

As modalidades de tratamento descritas na literatura são: curetagem, curetagem com enxerto ósseo, radioterapia, amputação e ressecção com reconstrução. (1, 3).

O tratamento cirúrgico ainda se apresenta como a principal escolha para TCG de ossos da mão, porque apresenta baixa taxa de recorrência com incidência em torno de 5 a 10%. Por outro lado, a curetagem associada ou não ao enxerto ósseo, embora seja um tratamento bastante realizado buscando uma maior preservação funcional dos tecidos da mão, apresenta uma taxa de recidiva local de 90%. Por essa razão e pela quantidade de tecido comprometido pela doença, optamos pela cirurgia de amputação com margens cirúrgicas oncológicas o que demonstrou um desfecho favorável até o momento.

CONCLUSÃO

O TCG em ossos da mão é uma doença neoplásica benigna e rara, com um comportamento localmente agressivo.

O caso relatado é de uma paciente do sexo feminino na terceira década de vida, com a clínica clássica, em que a apresentação tumoral se dá com sintomas locais insidiosos na topografia de 4º dedo, com quadro de dor e abaulamento local.

Seu diagnóstico é resultado da correlação entre achados clínicos, radiológicos e histopatológicos.

O tratamento de escolha é individualizado, optando-se geralmente por aquela intervenção segura com melhor perspectivas a longo prazo para o paciente.

Tendo em vista os resultados satisfatórios alcançados neste estudo, conclui-se que o procedimento cirúrgico utilizado, isto é, de amputação dos dedos acometidos pelo tumor, é adequado para este tipo de doença e deve ser realizado, quando julgado devido, pela equipe médica que assiste.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE-FILHO JS, Barbosa CSP, Aymoré IL, Lemos C. Sistema ósteo-articular. In: Filho GB. Bogliolo patologia. 7a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 1014-6.
2. CAMARGO OL, Croci AT, Oliveira CRGCM, Baptista AM, Caiero MT, Giannotti MA. Tumor de células gigantes - evolução histórica do seu diagnóstico e tratamento junto ao Instituto de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP. Acta Ortop Bras. 2001;9(4):46-52.
3. CAMARGO, O.P. Tratamento cirúrgico do tumor de células gigantes através da ressecção marginal e colocação de metilmetacrilato. (Tese de Livre-Docência). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1994.
4. GRUENWALD N, Demos TC, Lomasney LM, Rapp T. The case. Giant-cell tumor. Orthopedics. 2006;29(2):167-71.
5. MEDEIROS FC, Medeiros FC, Lopes ICC, Medeiros GC, Medeiros EC. Tumor de células gigantes em falange proximal com metástase pulmonar: Relato de caso e revisão da literatura. Rev Bras Ortop. 2011;46(2):205-10.