Caso Clínico
Case Report

Nicolas S Lazaretti[1]
Viviane Weiller Dallagasperina[2]
Rodrigo Ughini Villaroel[1]
Luis Alberto Schlittler[1]

Tumor de células gigantes de fémur distal com metástases pulmonares

Giant cell tumour of distal femur with pulmonary metastases

Recebido para publicação/*received for publication:* 09.03.05
Aceite para publicação/*accepted for publication:* 09.08.06

Resumo

O tumor de células gigantes é uma lesão óssea primária benigna que acomete a epífise de ossos longos, com maior incidência na terceira e quarta décadas de vida, mas que pode apresentar comportamento de um tumor maligno, com metástases à distância. Até dez por cento dos doentes podem apresentar metástases à distância, principalmente para o pulmão, geralmente acompanhadas de recidiva no local primário. O tratamento do tumor primário é a ampla ressecção cirúrgica. Os autores relatam o caso de um doente com 35 anos com metástases pulmonares 21 meses após ter realizado curetagem de tumor de células gigantes em fémur distal.

Rev Port Pneumol 2010; XVI (2): 331-337

Palavras-chave: Tumor de células gigantes, neoplasias ósseas, metástases pulmonares.

Abstract

Gian cell is normally a benign primary skeletal lesion located in the epiphysis of the long bones. It is more frequente in the third and fourth decades of life but can exhibit the behaviour of a malignant tumour with distal metatasis. Up to 10% of patients present distal metatasis, usually in the lung, and it is concomitant to recurrence in the primary site. The treatment of primary tumour is extensive surgical resection. We report a case of a 35-year-old patient with lung metatases 21 months after curettage of giant cell tumour in distal femur.

Rev Port Pneumol 2010; XVI (2): 331-337

Key-words: Giant cell tumor, bone neoplasm, pulmonary metastases.

[1] Médico Oncologista Clínico do Hospital da Cidade
[2] Académica da Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo

Serviço de Oncologia do Hospital da Cidade
Rua Tiradentes, 295 – Passo Fundo/ Rio Grande do Sul/ Brasil
Cep 99010-260
Tel. (54) 2103 3333
e-mail: hc@hcpf.com.br

Introdução

O tumor ósseo de células gigantes (GCT) representa aproximadamente 10% dos tumores ósseos primários[1]. Usualmente, é uma lesão esquelética de comportamento benigno, geralmente epifisária com tendência a expansão para metáfise em ossos longos[2], ocorrendo principalmente no fémur distal e tíbia proximal, podendo acometer também vértebras, pelve e sacro. A sua prevalência é maior após a maturidade esquelética, com pequena predilecção pelo género feminino, e com o seu pico de incidência na terceira e quarta décadas de vida[3].

O seu comportamento pode variar desde indolente e estático até alta agressividade local, com extensa destruição óssea, avanço cortical e extensão para tecidos moles adjacentes[3].

O objectivo do tratamento é a excisão completa do tumor e preenchimento do defeito ósseo. É realizado por curetagem, seguida de aplicação local de fármacos ou crioterapia e preenchimento do defeito com enxerto ósseo ou polimetilmetacrilato[1,4-6].

Nos casos em que há recorrência, esta geralmente desenvolve-se nos dois primeiros anos após ressecção do tumor primário, embora tenham sido descritos casos até 18 anos após tratamento inicial[3].

A frequência de metástases varia de 1 a 10% dos casos e a maioria destas é pulmonar[1,3].

Descrevemos os achados clínicos e de imagem de um caso de tumor de células gigantes com metástase pulmonar confrontando os achados com a literatura prévia.

Relato do caso

Doente masculino, 35 anos, procurou atendimento médico em Junho de 2008 com queixa de dispneia aos pequenos esforços durante os últimos três meses. O exame físico do doente nessa ocasião era normal.

Em 2006 (21 meses antes) foi submetido a cirurgia para ressecção de um tumor em fémur distal esquerdo, com diagnóstico histológico de tumor de células gigantes. Nessa ocasião foi aplicado polimetilmetacrilato para correção do defeito ósseo. Doente previamente hígido, sem história de tabagismo ativo ou passivo (Fig. 1).

A radiografia de tórax evidenciou infiltrado intersticial difuso e massas pulmonares com melhor definição no terço médio do pulmão esquerdo e base pulmonar direita (Fig. 2). A tomografia computadorizada demonstrou parênquima pulmonar com incontáveis lesões micronodulares e nodulares, extensamente disseminadas no parênquima pulmonar, bilateralmente, de forma relativamente

Fig. 1 – Radiografia de joelho realizada em 2007, para controlo após ressecção do tumor no fémur distal, evidencia cavidade preenchida por cimento ósseo, sem outras alterações

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4214008

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4214008

Daneshyari.com