

Tumores ósseos primitivos da criança – do diagnóstico ao tratamento



Dr. Gabriel Matos
Ortopedista do Hospital Pediátrico
de Coimbra

OS TUMORES ÓSSEOS PRIMITIVOS SÃO raros, atingindo preferencialmente idades jovens e podem ser divididos em dois grupos: a) tumores ósseos malignos primitivos que representam menos de 1% dos cânceros. Desenvolvem-se principalmente na criança e adolescente, assim como no adulto jovem; b) tumores ósseos benignos, mais frequentes.

O diagnóstico faz-se por duas etapas: por aproximação diagnóstica e, depois, por diagnóstico definitivo.

Estas etapas são desenvolvidas de forma sucessiva, tendo na primeira de dirimir-se os dados clínicos, os dados laboratoriais e muito particularmente a radiologia convencional.

Muitas lesões ósseas benignas primitivas e pseudotumorais mostram aspectos clínicos e radiológicos específicos, que só por si dispensam a necessidade de biópsia prévia (quisto ósseo essencial, defeito fibroso da cortical,

osteochondroma e, às vezes, alguns osteomas osteóides, e o granuloma eosinófilo vertebral – vértebra Calvé).

Sempre que haja dúvidas da natureza da lesão, é imprescindível a realização de biópsia. Esta deve ser feita preferencialmente num centro de referência de patologia tumoral.

É importante não esquecer o papel dos pais e familiares do doente no decorrer do processo diagnóstico e terapêutico, fornecendo-lhes informações adequadas. A primeira informação marca toda a relação de confiança, necessária no desenrolar do tratamento.

A idade e a localização da lesão são importantes na orientação diagnóstica. Setenta por cento dos tumores ósseos benignos e das lesões pseudotumorais estão localizadas nos membros e são muitas vezes indolores (inativos). No entanto, há tumores benignos que são particularmente dolorosos. Neste grupo, o osteoma osteóide e a sua forma «gigante», osteoblastoma, são dos tumores activos mais sintomáticos.

O osteochondroma é o mais frequente dos tumores ósseos benignos, podendo, em alguns casos, ter localizações múltiplas e fazer parte de uma doença conhecida como osteochondromatose múltipla familiar. Segue-se em frequência os quistos ósseos essenciais que são lesões pseudotumorais. Situam-se preferencialmente no terço proximal do úmero (50% dos casos).

Os tumores ósseos malignos primitivos da criança continuam a ter como base de tratamento três armas essenciais: quimioterapia, ressecção cirúrgica e radioterapia.

Em quase todos os tumores malignos pri-

mitivos usamos uma sequência terapêutica que podemos resumir da seguinte forma: três ou quatro meses de quimioterapia, seguida de ressecção cirúrgica e de mais três ou quatro meses de quimioterapia.

As indicações da radioterapia como complemento local de tratamento estão bem estabelecidas. Apesar das sequelas, que pode induzir nos 10-15 anos após os tratamentos, as novas técnicas de radioterapia, nomeadamente com irradiações à base de prótons ou de neutrões, permitem respostas muito prometedoras em tumores como, por exemplo, os cordomas.

Responsável pela melhoria das taxas de sobrevida, a quimioterapia é ainda uma arma grosseira e mesmo brutal, apesar de toda a sofisticação farmacológica que a acompanha. Faz parte da terapêutica geral que impede a progressão da doença sistémica, sendo complementada pelo tratamento local principal: cirurgia de ressecção e, quando necessário, pela radioterapia. Tanto a cirurgia como a radioterapia têm como objectivo impedir as recidivas locais.

No Serviço de Ortopedia do Hospital Pediátrico de Coimbra, e desde 1990, temos sido responsáveis pelo tratamento da patologia tumoral do aparelho locomotor da criança e do adolescente. Integramos uma equipa multidisciplinar que inclui, além de oncologistas pediátricos do HPC, colegas de outras especialidades, nomeadamente, das áreas de Anatomia Patológica e Radioterapia.

Finalizamos com imagens de um adolescente com um osteossarcoma de alto grau de malignidade – II B de Enneking, fora de tratamento e sem doença há cinco anos.



Fig. 1 – Osteossarcoma da extremidade proximal dos ossos da perna



Fig. 2 – RMN pré-ressecção monobloco



Fig. 3 – Peça de ressecção englobando tíbia e porção proximal do peróneo com músculo poplíteo recobrindo o tumor

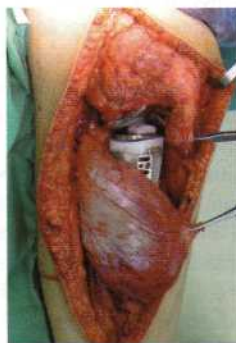


Fig. 4 – Reconstrução com endoprótese, recoberta com músculo gêmeo interno



Fig. 5 – RX de face



Fig. 6 – RX de perfil



Fig. 7 – Função do aparelho extensor do joelho – extensão activa



Fig. 8 – Função do aparelho extensor do joelho – flexão activa