
Condrossarcoma de esterno*

NELSON PERELMAN ROSENBERG¹ (TE CIRURGIA TORÁCICA), IVO LEUCK JR.² (TE CIRURGIA TORÁCICA),
CELSO SCHULER³, FERNANDO DELGIOVO³, EDUARDO SPADARI DE ARAÚJO⁴, PAULA VASCONCELOS MARTINI⁴

As neoplasias do esterno são patologias extremamente raras. A falta de grandes séries na literatura faz com que avaliações prospectivas de tratamento sejam muito difíceis. Relata-se o caso de uma paciente septagenária possuidora de um grande condrossarcoma de esterno, tratada cirurgicamente.

(*J Pneumol* 2003;29(1):43-4)

Sternal chondrosarcoma

Sternal neoplasms are very uncommon. The lack of consistent reports in the literature renders it difficult to make prospective evaluations. The authors report the case of a seventy-year old woman who presented with a chondrosarcoma of the sternum, treated at their service.

Descritores – Condrossarcoma. Esterno.

Key words – Chondrosarcoma. Sternum.

INTRODUÇÃO

Sarcoma de partes moles são tumores de origem mesenquimal, incluindo músculos, endotélio, cartilagem e elementos de sustentação, excluindo o sistema reticulo-endotelial e os elementos sanguíneos. A incidência de sarcomas malignos é baixa, 1,5 por 100.000 habitantes, ou aproximadamente 8.000 novos casos por ano nos Estados Unidos⁽¹⁾. Os tumores malignos primários da parede torácica correspondem a menos de 1% de todas as neoplasias e incluem grande variedade de lesões ósseas e de tecidos moles. Os condrossarcomas representam 20%

dos tumores primários da parede torácica, sendo que 80% têm origem nas costelas e 20% no esterno⁽²⁾.

RELATO DO CASO

Mulher de 77 anos, branca, agricultora, natural de Amaral Ferrador e proveniente de Encruzilhada do Sul, internou-se no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Nossa Senhora da Conceição apresentando volumosa massa protruindo da região esternal. Relatava aparecimento da lesão havia três anos, sem dor local ou sangramento. Negava emagrecimento, queixando-se apenas de dispnéia leve e esporádica. Referia ter operado uma lesão pequena no mesmo local havia oito anos.

Paciente negava história de tabagismo ou etilismo. Na história patológica pregressa, referia hipertensão arterial sistêmica bem controlada com medicação, sem outras doenças. O exame físico era normal, com exceção da massa em região esternal.

Realizou-se, então, uma tomografia computadorizada de tórax, que evidenciou volumosa lesão expansiva sólida insuflante, estendendo-se desde aproximadamente 3,0cm caudais ao manúbrio esternal até a região do apêndice xifóide, com densidade de partes moles e impregnação discreta pelo contraste na fase inicial. A lesão invadia a parede torácica anterior e o mediastino anterior, deslocando as estruturas mediastinais póstero-lateralmente para a esquerda.

A cintilografia de esqueleto demonstrou área de hiperfixação do traçador em corpo do esterno, sem outras áreas anormais no esqueleto. Após os exames de imagem, uma biópsia incisional foi realizada, sendo o resultado anatomopatológico: neoplasia cartilaginosa bem diferenciada, possível condrossarcoma.

* Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS.

1. Chefe do Serviço e da Residência de Cirurgia Torácica do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Título de especialista em Cirurgia Torácica.
2. Cirurgião do Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Título de especialista em Cirurgia Torácica.
3. Residente de Cirurgia Torácica do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
4. Residente de Cirurgia Geral do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Endereço para correspondência – Celso Schuler, Rua Dom Pedro II, 1.165, apto. 404 – 90550-143 – Porto Alegre, RS. Tel.: (51) 3342-6467; e-mail: celsosc@uol.com.br

Recebido para publicação em 12/9/02. Aprovado, após revisão, em 19/10/02.

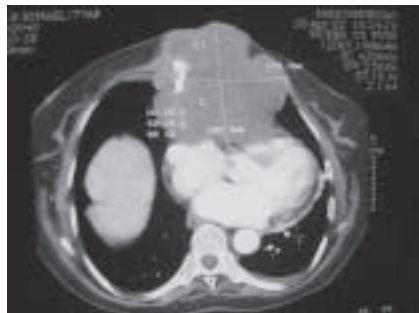


Figura 1
CT de tórax

A paciente foi submetida à esternectomia e toracectomia, com colocação de tela de Marlex e metilmetacrilato para estabilização da parede torácica. Foi realizado um retalho miocutâneo com músculo reto abdominal direito para fechamento do defeito na parede torácica. O resultado anatomopatológico pós-operatório definitivo foi de condrossarcoma de esterno bem diferenciado grau I.

DISCUSSÃO

Os condrossarcomas representam aproximadamente 30% das neoplasias ósseas malignas primárias, sendo a mais freqüente a da parede torácica anterior. Esse tumor ocorre mais comumente entre a terceira e quarta décadas de vida, sendo relativamente incomum em pessoas com menos de 20 anos. O sexo masculino é mais acometido⁽³⁾.

Os condrossarcomas são neoplasias lobuladas que podem crescer a proporções massivas e conseqüentemente podem estender-se internamente para dentro do espaço pleural ou externamente, invadindo músculo e tecido adiposo da parede torácica. Microscopicamente, os achados variam de cartilagem normal até modificações malignas óbvias. A diferenciação entre condroma e condrossarcoma pode ser extremamente difícil⁽³⁾. Massa palpável no tórax é o sintoma principal em cerca de 80% dos pacientes com tumor de parede torácica. Destes, 60% apresentam dor associada⁽²⁾. Insuficiência respiratória e hemotórax são achados mais raros e estão presentes somente quando os tumores são muito extensos⁽⁴⁾.

Exames de imagem podem ser úteis em sugerir a patologia; no entanto, o diagnóstico definitivo requer correlação entre a histologia e a radiologia. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são bons exames para caracterizar o tumor e sua extensão. A TC é superior à RM para demonstrar calcificações, enquanto a RM é o exame de escolha para avaliar a extensão do tumor e suas relações com estruturas adjacentes⁽⁴⁾.

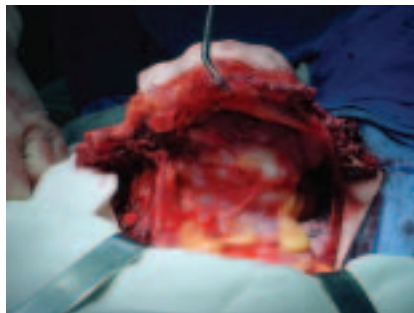


Figura 2
Ressecção da lesão em bloco com parede torácica



Figura 3
Reconstrução com tela de Marlex

Os condrossarcomas de parede torácica tipicamente crescem de forma lenta e recidivam localmente. Se não forem tratados, ocorrerão metástases tardias. O completo controle da neoplasia primária é o principal determinante da sobrevida. O objetivo da primeira cirurgia deve ser uma ressecção ampla o suficiente para prevenir recorrência local. Isso significa obter uma margem de 4cm em todos os lados. Esta conduta resulta na cura de aproximadamente todos os pacientes, resultando em sobrevida em 10 anos de 97%⁽³⁾. Alguns autores propõem que, por ser o diagnóstico histológico pré-operatório difícil, ressecção ampla deve ser feita em todos os casos de neoplasia da parede torácica⁽⁵⁾.

REFERÊNCIAS

1. Moley JF, Eberlein TJ. Soft-tissue sarcomas. Surg Clin North Am 2000; 80:687-708.
2. Vaporciyan AA, Swisher SG. Thoracic malignancies. In: Feig BW, Berger DH, Fuhrman GM, editors. The M.D. Anderson surgical oncology handbook. 2nd ed. Houston: Lippincott Williams & Wilkins, 1999;109-29.
3. Pairolero PC. Chest wall tumors. In: Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB, editors. General thoracic surgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999;589-98.
4. Fraser RS. The chest wall. In: Fraser RS, et al., editors. Fraser and Paré's diagnosis of diseases of the chest. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1999;3030-2.
5. Morin B, Le Rochais JP, Galateau F, Icard P. Costal chondroma and chondrosarcoma. Ann Chir 2000;125:773-5 [abstract].