

CISTOS OSSEOS ANEURISMATICOS DA COLUNA VERTEBRAL

RELATOS DE DOIS CASOS COM COMPRESSÃO MEDULAR

PEDRO M. SAMPAIO *

BRUNO PELLIZZARO **

Os cistos ósseos aneurismáticos da coluna vertebral merecem atenção particular e diagnóstico pronto, afim de ser instituída terapêutica adequada em tempo hábil. Durante muitos anos, a literatura pertinente recorreu a sinonímia variada, sem acordo unânime sobre a melhor designação. Assim é que encontramos os termos: tumores primários de células gigantes, variantes de células gigantes, tumor pulsátil de células gigantes, angioma, hematoma ossificante e sarcoma osteogênico². Coube a Jaffe e Lichtenstein³ cunhar o termo “cisto osseo aneurismático” e apontar-lhe as características próprias, separando-o sobretudo do tumor de células gigantes, cujo prognóstico é muito grave. Os cistos ósseos aneurismáticos são raros. Besse e col.¹, revendo o material de tumores ósseos da Mayo Clinic encontraram-no apenas em 1,5% dos casos. De um total de 61 pacientes com este tipo de tumor, apenas 9 apresentam-no na coluna vertebral. Lichtenstein⁴, entre 19 casos estudados, relaciona somente 4 exemplares nos quais havia comprometimento de vértebras. Schott⁷, entre 442 tumores benignos protocolados no Clube de Osso do Rio de Janeiro, encontrou 34 cistos ossos aneurismáticos, sendo apenas dois de localização vertebral.

Ambos os sexos são igualmente acometidos e o período etário mais afetado é a segunda década. O quadro clínico se inicia geralmente com dor localizada no segmento comprometido e limitação de movimentos. Quando acomete os segmentos posteriores das vértebras, palpa-se massa de consistência mais ou menos firme, aderente ao osso subjacente. O comprometimento medular ocorre de maneira progressiva podendo às vezes ser de rápida evolução.

A radiologia simples oferece valioso subsídio para o diagnóstico. Há rarefação óssea com abaulamento da cortical, dando a impressão de uma bola que se soprasse. A trabeculação intra-cística compara-se a “bôlhas de sabão”⁸. Algumas vezes observam-se pequenos depósitos de osso neoformado e tecido osteóide calcificado.

A lesão, observada a ato cirúrgico, apresenta-se circundada por fina camada óssea cuja remoção permite ver pequenos compartimentos, semelhantes a favos de mel, cheios de sangue. De permeio e em forma desorga-

Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Guanabara: * Professor de Neurocirurgia; ** Chefe do Serviço de Radiologia.

nizada, observa-se tecido mole, vermelho ou amarelado que, ao corte dá, às vezes, sensação de massa arenosa, à custa de tecido osteóide. À microscopia, aparecem loculações cavernosas, às vezes forradas de células endoteliais, mas sem as características próprias de paredes vasculares. O sangue aí depositado não mostra sinais de coagulação. Observa-se quantidade variável de tecido fibroso, células gigantes multinucleadas e macrófagos plenos de hemossiderina⁸.

O tratamento cirúrgico é de eleição, mediante excisão ampla do tumor e curetagem de seu leito. Quando a intervenção cirúrgica for tecnicamente inexecutável ou incompleta, recorre-se à radioterapia. Em casos em que houver instabilidade da coluna vertebral, ao término do ato cirúrgico, deve-se praticar fusão vertebral.

MacCarty e col.⁵ dizem que o tratamento cirúrgico, seja isolado ou seguido de radioterapia, teve o mesmo efeito curativo em seus pacientes. Parrish e Pevey⁶ preconizam radioterapia pós-cirúrgica, em pequenas doses, sobretudo quando não se tem certeza da excisão total. De nossos dois pacientes, ambos com recuperação total, um foi submetido à cobaltoterapia pós-cirúrgica, por julgarmos incompleta a retirada da lesão.

OBSEVAÇÕES

Caso 1 — J.C.S., 29 anos de idade, branco, internado em 5-4-1968 (Reg. 141.784 Hosp. da U.E.G.), por não poder locomover-se. A doença datava de dois anos e dois meses, tendo início com lombalgia de aparecimento sorrateiro e dores no membro inferior direito; dois meses depois ocorreu diminuição de força na perna do mesmo lado; quatro meses após o mesmo ocorreu com perna esquerda sobrevivendo, então, constipação intestinal e retenção de urinas. O exame neurológico mostrou paraplegia flácida e arreflexica, com atrofia dos membros inferiores e anestesia de T12 para baixo. Não se palpava tumor vertebral mas a pressão da coluna vertebral era dolorosa ao nível de T12. *Exames radiológicos* — Radiografias simples mostraram lesão osteolítica, excêntrica, do corpo e pedículo direito da 12.ª vértebra dorsal, com trabeculação em seu interior e a presença de pequenos depósitos de tecido osteóide. O caráter expansivo da lesão foi melhor apreciado mediante tomografia. A mielografia evidenciou bloqueio total ao nível de D11-D12, com padrões característicos dos processos extra-durais (Fig. 1).

Intervenção cirúrgica (12-4-1968) — Laminectomia de T11 a L3. A hemilâmina esquerda estava amolecida e sangrava anormalmente. Em continuação com a mesma, encontramos massa tenra, vermelho-amarelada, sangrante e comprimindo extensamente a dura-mater. O tumor se estendia pelo corpo de D12, causando profunda excavação. A excisão foi feita com pinça de Love, parceladamente. O corpo vertebral foi curetado, destruindo-se as loculações existentes. Houve sangramento abundante. Diagnóstico histológico: *Cisto ósseo aneurismático*.

O pós-operatório correu normalmente. Após um mes o paciente teve alta já ensaiando os primeiros passos, após intensa fisioterapia. Por não termos certeza da excisão total do humor, foi o paciente submetido a cobaltoterapia: 4.000 R., em 26 dias. A última revisão, há um ano e meio, observamos recuperação praticamente total. O paciente se locomovia sem dificuldades e as desordens enfincterianas haviam desaparecido.

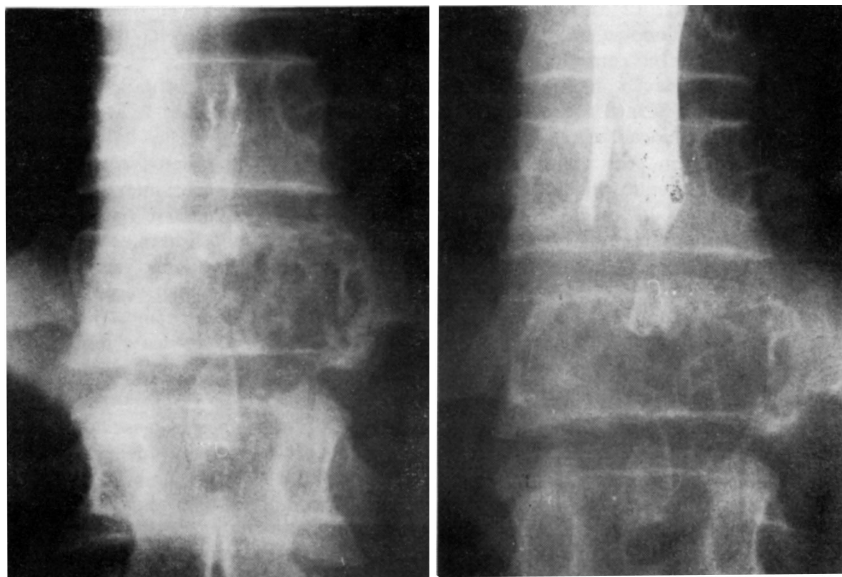


Fig. 1 — Caso 1. À esquerda, radiografia mostrando lesão osteolítica do corpo e pedículo direito da 12.ª vértebra dorsal; à direita, mielografia com bloqueio do contraste em D11-D12, com características de processo extra-dural.



Fig. 2 — Caso 2. Radiografia mostrando destruição do arco neural e da apófise espinhosa da 3.ª vértebra cervical.

Caso 2 — R.M.L., 12 anos de idade, internado em 25-8-71 no Hospital Ipanema (Reg.. 18323), queixando-se de falta de força nos quatro membros. O paciente contava que 6 meses antes começou a sentir o pescoço duro e dores na região da nuca, tendo notado a formação de pequeno caroço, doloroso à pressão, situando na parte superior do pescoço. Cinco meses após o início da doença, as pernas ficaram fracas; ultimamente a locomoção era impossível sem auxílio. Um dia antes da internação as mãos se tornaram sem força, não conseguindo segurar os objetos com firmeza. Ultimamente vinha tendo dificuldade para urinar. Ao exame observamos um tumor ao nível de C3, muito doloroso à palpação. A região cervical achava-se fixa, como em torcicolo permanente. Sob o aspecto neurológico, encontramos uma tetraparesia, com sinal de Babinski bilateral e exaltação dos reflexos profundos nos membros inferiores e superiores. Hipostesia com nível em C5. Diminuição acentuada da sensibilidade vibratória nos quatros membros. Radiografias simples mostraram destruição do arco neural e da apófise espinhosa da 3.^a vértebra cervical; lesão lítica, com insuflação óssea e trabeculação grosseira, com aspecto de bôlhas de sabão. (Fig. 2).

Intervenção cirúrgica — Precedida por colocação de uma minerva gessada, tendo-se operado por uma janela aí feita. Ao cortamos a aponeurose cervical, encontramos um tumor friável avermelhado, de mistura com fragmentos ósseos esparsos. Houve sangramento abundante. A apófise espinhosa e a lâmina de C3 estavam totalmente destruídas. Ao tirarmos parte do tumor, divisamos a dura-mater comprimida. Prosseguiu na exeresse parcelada de toda a massa extradural e curetamos as superfícies ósseas expostas. Após hemostase cuidadosa o ortopedista (Dr. Moacir Navarro Leitão) procedeu a uma artrodese posterior. *Diagnóstico histológico*: Cisto ósseo aneurismático. Após um mês o paciente já apresentava movimentos amplos dos quatro membros. Na última revisão, em 6-1-1972, o exame neurológico foi normal.

COMENTÁRIOS

A evolução nos dois casos relatados mostra a benignidade e resultados compensadores da cirurgia do cisto ósseo aneurismático. Apesar do diagnóstico e tratamento tardios, ambos os pacientes se recuperaram totalmente.

O cisto ósseo aneurismático aparece comumente em jovens, podendo manifestar-se por um tumor externamente palpável. A pressão, existe dor na região acometida. O segmento comprometido da coluna vertebral apresenta limitação de movimentos. O comprometimento medular segue-se normalmente a uma fase de dor localizada. Radiografias simples permitem o diagnóstico. O tratamento consiste na exeresse do tumor acompanhada, ou não, de radioterapia. Há divergência de opinião quanto ao emprego desta última quando a extirpação for total.

RESUMO

Os autores, após discorrerem sobre a incidência, quadro clínico e tratamento do cisto ósseo aneurismático, apresentam dois exemplares, nos quais havia comprometimento medular. Em ambos foi feita extirpação cirúrgica; em um foi empregada radioterapia pós-operatória. Houve excelente recuperação neurológica de ambos os pacientes.

SUMMARY

Aneurysmal bone cysts of the spine: Report of two cases with spinal cord compression

Two cases of aneurysmal bone cysts with spinal cord compression are reported. The patients were operated on with excellent results. Radiotherapy was employed after surgery in one patient. Incidence, symptomatology and diagnosis are discussed.

REFERÊNCIAS

1. BESSE Jr., B. E.; DAHLIN, D. C.; PUGH, D. G. & GHORMLEY, R. K. — Aneurysmal bone cysts: additional considerations. *Clin. Orthop.* 7:93, 1956.
2. EPSTEIN, B. S. — *The Spine. A Radiological Text and Atlas.* Third edition. Lea & Febiger, Philadelphia, 1969.
3. JAFFE, H. L. & LICHTENSTEIN, L. — Solitary unicameral bone cyst: with emphasis on, the roentgen picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. *Arch. Surg. (Chicago)* 44:1004, 1942.
4. LICHTENSTEIN, L. — Aneurysmal bone cysts. *Cancer* 6:1228, 1953.
5. MacCARTY, C. S.; DORHLIN, D. C.; DOYLE, J. B.; LIPSCOMB, P. R. & PUGH, D. G. — Aneurysmal bone cysts of the neural axis. *J. Neurosurg.* 18:671, 1961.
6. PARRISH, F. F. & PEVEY, J. K. — Surgical management of aneurysmal bone cysts of the vertebral column. *J. Bone a Joint Surg.* 49 A, 1967.
7. SCHOTT, P. C. M. — Cisto ósseo aneurismático. Tese para Livre-Docência. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1970.
8. VERBIEST, H. J. — Giant-cell tumors and aneurysmal bone cysts of the spine. *J. Bone a. Joint Surg.* 47 B: 699, 1965.

Departamento de Neurocirurgia — Faculdade de Ciências Médicas — Av. 28 de Setembro 87 — 20000 Rio de Janeiro, GB — Brasil.