



Relato de Caso

Osteocondroma patelar: relato de caso[☆]

Frederico Barra de Moraes*, Mariana Christino de Melo, Allan Vieira Rocha e Mauro Rodrigues dos Santos

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 24 de abril de 2013

Aceito em 13 de maio de 2013

Palavras-chave:

Neoplasias ósseas

Patela

Osteocondroma

R E S U M O

Relato de um caso raro de osteocondroma patelar. Homem de 60 anos apresentou tumor na patela esquerda que tem se desenvolvido por 10 anos, fato raro, considerando-se a idade do paciente e o local de surgimento do tumor. Dor leve e a presença da massa compunham o quadro clínico, sem limitação da flexoextensão ou déficit neurovascular. O tumor apresentava 8 cm longitudinal x 6 cm transversal x 3 cm anteroposterior, endurecido, aderido ao plano ósseo patelar. Nas radiografias e tomografias observamos áreas mais densas correspondentes de osso e outras menos densas, que podem corresponder à cartilagem, de crescimento lento, e irregularidades na superfície articular patelofemoral. Foi feita ressecção simples do tumor e o anatomopatológico confirmou osteocondroma da patela. Osteocondroma, ou exostose osteocartilaginosa, abrange uma grande parte dos tumores ósseos benignos. Ele resulta de alterações celulares que desencadeiam a produção desregulada de osso esponjoso. Seu tratamento é feito basicamente pela retirada cirúrgica da massa tumoral. Não é essencial, mas recomendada para evitar lesões por contiguidade e risco de malignização.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Patellar osteochondroma: case report

A B S T R A C T

The aim was to report on a rare case of patellar osteochondroma. A 60-year-old man presented a tumor on his left patella that had developed over a 10-year period, which is a rare occurrence, considering the patient's age and the site at which the tumor appeared. The clinical condition comprised mild pain and the presence of a mass, without limitation of flexion-extension or any neurovascular deficit. The tumor dimensions were 8 cm longitudinally x 6 cm transversally x 3 cm anteroposteriorly. It was hardened and was adhering to the patellar bone plane. On radiographs and tomographic scans, we observed areas of greater density corresponding to bone and other less dense areas that could correspond to slow-growing cartilage, with irregularities on the patellofemoral joint surface. Simple resection of the tumor was performed, and the anatomopathological examination confirmed that it was a patellar osteochondroma. Osteochondroma, or osteocartilaginous exostosis, includes

Keywords:

Bone neoplasms

Patella

Osteochondroma

[☆] Trabalho feito no Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: frederico.barra@yahoo.com.br (F.B. Moraes).

a large proportion of the benign bone tumors. It results from cell alterations that trigger unregulated production of spongy bone. It is basically treated by means of surgical removal of the tumor mass. This is not essential, but is recommended in order to avoid lesions caused by contiguity and the risk of malignant transformation.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

O osteocondroma é o tumor benigno mais comum e abrange 10% de todos os tumores ósseos e 30% dos benignos. Essa exostose osteocartilaginosa costuma ser detectada na infância e na adolescência e é menos frequente em adultos.¹ Decorre da modificação na direção de crescimento da placa epifisária, que passa a produzir osso esponjoso, histologicamente desorganizado, revestido por capa cartilaginosa e, em sua base, por periosteio adjacente. A espessura da capa de cartilagem tem relação com a malignidade do tumor, principalmente nos adultos.

O diagnóstico do osteocondroma é predominante radiográfico, mas ele pode ser descoberto incidentalmente durante a palpação de uma massa na região acometida que causa dor.² Essa dor origina-se do trauma direto no tumor ou do processo inflamatório desencadeado pela lesão. No caso de osteocondromas localizados nas cinturas escapular, pélvica, coluna ou raiz dos membros, as radiografias comuns podem não visualizar a capa cartilaginosa. É necessária a tomografia axial computadorizada para delimitar sua real extensão. Tumores na patela são muito raros.³⁻⁵ O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de osteocondroma patelar.

Relato de caso

Paciente masculino, 60 anos. Referiu que havia cerca de 10 anos notara crescimento lento de tumoração no joelho esquerdo, indolor, lateralmente sobre a patela. Ao exame físico, foi observado tumor de 8 cm longitudinal \times 6 cm transversal \times 3 cm anteroposterior, endurecido, aderido ao plano ósseo patelar, sem outros sinais flogísticos, que se deslocava junto com a patela ao se fazer a flexo-extensão do joelho. Ausência de déficit neurovascular e sem prejudicar a amplitude de movimento do joelho (fig. 1).

Na avaliação radiológica foi evidenciada uma tumoração de densidade óssea no polo inferior da patela do joelho esquerdo. Nas radiografias observamos áreas mais densas correspondentes de osso e outras menos densas, que podem corresponder à cartilagem (fig. 2).

Tomografia evidenciou tumoração primária do polo inferior da patela, com característica osteocartilaginosa, de crescimento lento e irregularidades na superfície articular patelofemoral, que sugere artrose nessa região (fig. 3).

Foi feita a hipótese diagnóstica de osteocondroma da patela e indicada ressecção cirúrgica por causa do crescimento do tumor. No ato intraoperatório observamos uma lesão óssea, envolta por capa cartilaginosa, e foi feita a ressecção simples do tumor (fig. 4). No exame anatomopatológico foi confirmado o diagnóstico de osteocondroma patelar sem sinais de

malignização. No acompanhamento do paciente não apresentou sinais de recidiva por cinco anos.

Discussão

Os osteocondromas ocorrem em jovens e em ossos que apresentam ossificação endocondral. A localização principal é a região do joelho, na metáfise distal do fêmur e proximal da tibia; em seguida, a região proximal do úmero e do fêmur. As lesões são localizadas na região metafisária do osso e tendem a crescer no sentido da diáfise e afastar-se da epífise.⁶ O caso em estudo é bastante incomum por dois fatores, principalmente: a idade do paciente, 60 anos, muito acima do que se costuma observar, e o local de origem do tumor, a patela, também bastante incomum.

Os osteocondromas do joelho se desenvolvem lentamente por vários anos, geralmente de 10 a 20 anos, mas existem alguns relatos de tumores que evoluíram em até seis meses.⁷ Alguns sintomas no joelho podem surgir por causa de tumores patelares como tendinite, bloqueio articular, limitação da flexo-extensão, artrite degenerativa e, raramente, até mesmo compressão neurovascular.⁸⁻¹¹ Nosso paciente apresentava sintomas leves de dor e o que mais o incomodava era o crescimento do tumor, mas também apresentava artrite degenerativa ao exame, o que pode ser frequente por ser idoso.

A exostose é coberta por uma fina camada de pericôndrio, que é aderente à cartilagem e contínua com o periosteio do osso adjacente, e pode ser sésil ou pediculada. O revestimento cartilaginoso costuma variar de 1 a 3 mm em espessura. Quanto mais jovem o paciente, mais espessa é a capa. O interior da exostose é constituído por osso esponjoso normal, que é contínuo com o osso da metáfise adjacente. Uma bolsa pode se formar sobre o osteocondroma e geralmente é decorrente do processo inflamatório, que ocorre pela irritação dos músculos e dos tendões adjacentes. A bolsa pode conter líquido e corpos fibrosos, algumas vezes calcificados. O exame microscópico revela ossificação endocondral normal; focos de cartilagem proliferativa são encontrados nas camadas profundas. Pode haver medula óssea fibrosada, impregnada por detritos de cartilagem calcificada. A medula óssea do interior da exostose é predominantemente gordurosa.^{1,2,12}

Não é propriamente uma neoplasia, pois o crescimento da lesão geralmente se interrompe com o fechamento epifisário e se estabiliza. No entanto, o crescimento dessas formações após a maturação do esqueleto é, na maioria das vezes, sinal precoce da transformação maligna. Geralmente tem baixo grau de malignidade, com bom prognóstico e baixos riscos de metástases, quando a ressecção é precoce. As metástases atingem preferencialmente partes moles, quando blocos de células cartilaginosas se implantam nos tecidos circunvizinhos, ao descolar o pericôndrio da exostose durante a

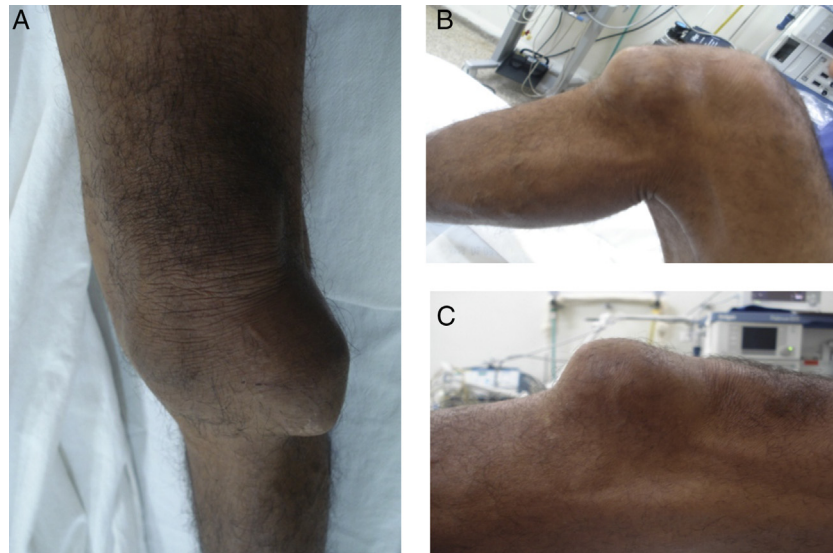


Figura 1 – Aspecto clínico em uma visão anterior do joelho esquerdo (A) e em perfil (B), que evidencia tumoração de 8 cm longitudinal x 6 cm transversal x 3 cm anteroposterior, consistência endurecida, aderida à patela, que não limitou a flexo-extensão desse paciente (C).

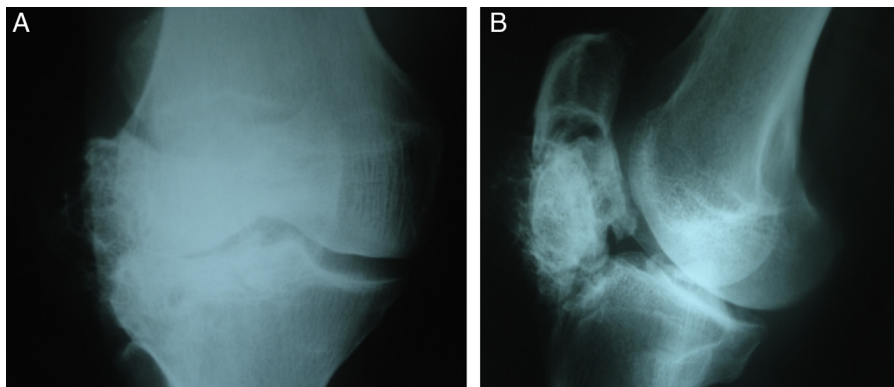


Figura 2 – Radiografia em anteroposterior (A) e em perfil (B), que evidencia tumoração óssea no polo inferior da patela do joelho esquerdo.

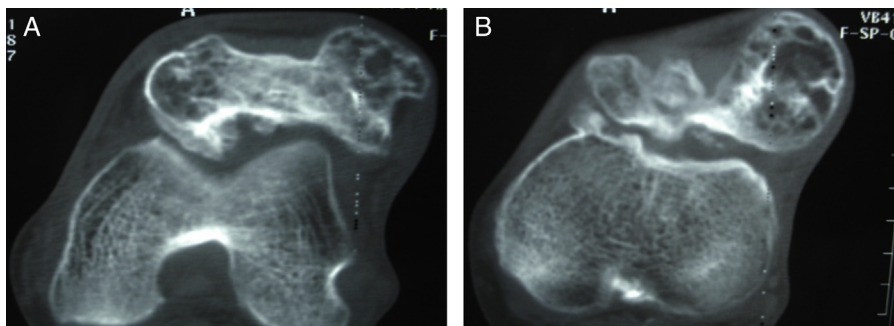


Figura 3 – Tomografia do joelho esquerdo, cortes transversais, que evidencia tumoração originada primariamente da patela, no seu polo inferior (A), que se estende inferiormente e abaula a pele e o tecido subcutâneo lateralmente (B).

resseção. Não houve sinais clínicos de malignização do tumor no paciente, como a dor à palpação ou a presença de sinais flogísticos. O tempo de 10 anos que o tumor levou para atingir o tamanho apresentado também é indicativo na benignidade

do tumor; caso fosse maligno, o crescimento teria ocorrido em um tempo menor, impossibilitaria a adaptação da pele e causaria os sinais típicos da inflamação. Quando as lesões são múltiplas, representam doença autossômica dominante

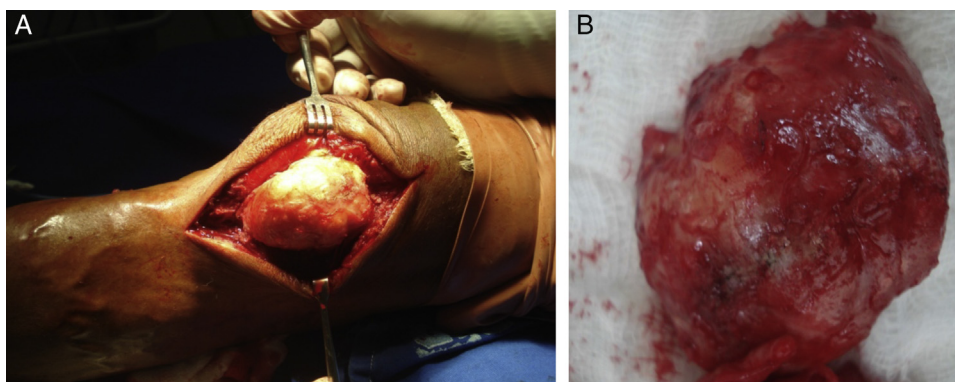


Figura 4 – Aspecto intraoperatório da ressecção tumoral (A), que evidencia macroscopicamente tumor osteocartilaginoso (B).

hereditária, com frequência de malignização em mais de 10% dos casos. A incidência varia de 0,9 a 1,4% por 100.000 habitantes e a distribuição é geralmente simétrica. Leva a indivíduos com baixa estatura (40% dos casos) e valgismo ao nível do joelho e tornozelo e assimetria das cinturas pélvica e escapular. A malignização, nesses casos, tem crescimento lento e aparece após a segunda década de vida.^{1,2,11}

A cirurgia de ressecção do tumor não é mandatória em todos os casos. Suas principais indicações são quando a exostose estiver interferindo com o crescimento da extremidade, o que leva a alterações funcionais e mecânicas, ou na presença de malignização, que é caracterizada por capa espessa com espessura maior do que 2 cm, no adulto, e erosão óssea, compressão vascular e/ou nervosa com sintomas e bloqueio articular promovido pelo osteocondroma. As indicações relativas são as complicações estéticas, que muitas vezes determinam cicatriz cutânea pós-operatória pior do que a própria deformidade estética, e a dor, que pode ocorrer por causa de bursite ou após fratura, a depender dos sintomas do paciente. No caso de tumores de patela podem ser feitas pateleotomia total, parcial ou apenas a ressecção ampla do tumor, para que os sintomas melhorem. Essa escolha depende da localização do tumor, se é pediculado ou não, do volume e das condições da pele.^{13,14}

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- Jaffe HL. *Tumors and tumorous conditions of the bones and joints*. Philadelphia: Lea and Febiger; 1958. p. 558-67.
- Alves MPT, Dias LH, Campos MM. Osteocondroma da extremidade proximal da ulna: relato de caso. *Rev Bras Ortop*. 1999;34(7):85-9.
- Sadykhov AG. Osteochondroma of the patella. *Ortop Traumatol Protez*. 1962;23:77-8.
- Udvarhelvi L. A case of osteochondroma of the patella. *Magy Traumatol Orthop Helyrealit Seb*. 1972;15(1):23-7.
- Sarmiento A, Elkins RW. Giant intra-articular osteochondroma of the knee. *J Bone Joint Surg Am*. 1975;57(4):560-1.
- Maurer HJ. Symmetrical osteocartilaginous exostoses (osteochondroma) of the patella. *Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed*. 1963;98:771-2.
- Milgram JW, Jasty M. Case report 238: para-articular osteochondroma of the knee. *Skeletal Radiol*. 1983;10(2):121-5.
- Ozturan KE, Yucel I, Cakici H, Guven M, Gurel K, Dervisoglu S. Patellar tendinopathy caused by extraskeletal osteochondroma in the lateral infrapatellar region of the knee: a case report. *Cases J*. 2009;2:9341.
- Turhan E, Doral MN, Atay AO, Demirel M. A giant extrasynovial osteochondroma in the infrapatellar fat pad: end stage Hoffa's disease. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2008;128(5):515-9.
- Severo A, Calieron LG, Kuhn A. Compressão do nervo fibular comum por osteocondroma: relato de caso. *Rev Bras Ortop*. 2001;36(9):50-4.
- Tornquist FA, Leopardo CC, Segala TC, Hamid AJ. Vascular complication of osteochondroma: case report. *J Vasc Bras*. 2007;6(1):92-6.
- De Maio F, Bisicchia S, Potenza V, Caterini R, Farsetti P. Giant intra-articular extrasynovial osteochondroma of the knee: a report of two cases. *Open Orthop J*. 2011;5:368-71.
- Louis R, Pouye I, Conty RC, Quenum C, Ouimanga RM. Voluminous osteochondroma of the knee cap. Patellectomy. *Bull Soc Med Afr Noire Lang Fr*. 1968;13(3):722-9.
- Reith JD, Bauer TW, Joyce MJ. Para-articular osteochondroma of the knee: report of 2 cases and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res*. 1997;(334):225-32.