OSTEOSSARCOMA DA MANDÍBULA CASO CLÍNICO

J. Coimbra¹, F. Camacho², L. Sacoto², M. Leite³

RESUMO: O osteossarcoma é o segundo tumor mais frequente do tecido ósseo. Nos maxilares, representa 5% de todos os osteossarcomas do crânio e face. É uma entidade rara, de evolução e prognóstico sombrios. Os autores fazem uma breve revisão desta patologia nos maxilares e descrevem, a propósito, um caso clínico, em doente do sexo feminino, pondo em realce, a necessidade do alerta precoce, através da história clínica (sintomas e patologias associadas pré-existentes); a dificuldade na obtenção do diagnóstico histológico que por vezes ocorre, e a dificuldade na terapêutica a associar à atitude principal que continua a ser a cirurgia radical.

ABSTRACT: Osteosarcoma is the second most frequent tumour of the bone tissue. As far as jaw is concerned it represents 5% of all skull and face osteosarcomas. It can be classified as a rare entity with a shadowed prognosis.

The authors describe the pathology highlights and present a clinical case on a female patient. They call for the need of early alert, taking into account the clinical background (symptoms and associated pre-existing pathologies), pointing out problems that some arises in the histological diagnosis, as well as difficulties in choosing complementary measures to associate to the main therapeutic attitude, which is always radical surgery.

Palavras-chave: Osteossarcoma, Mandíbula, Placa Titânio, Enxerto Ósseo Autólogo.

Key-words: Osteosarcoma, Mandibular, Titanium Plate, Autologus Bone Graft.

Coimbra J e Col. Osteossarcoma da mandíbula. Caso Clínico. Rev. Port. de Est. e Cir. Maxilofac. 1995; Vol. 36 (4): 207-211.

INTRODUCÃO

O osteossarcoma é o segundo tumor ósseo mais frequente, logo a seguir ao mieloma plasmocitário; mas ainda assim, é uma neoplasia rara, de prognóstico sombrio (comparada com as neoplasias de tecidos moles), sendo ainda mais rara a sua ocorrência nos ossos da face e crânio, estimando-se em 5% nos

maxilares, com uma incidência de um caso em 1,5 milhões pessoas/ano (1). Outros autores encontraram valores de 6,5% e 9,7%, noutras séries (2,3).

A par com o condrossarcoma, são patologias malignas, não odontogénicas dos maxilares, que se desenvolvem, principalmente, nos tecidos duros e estruturalmente maduros do osso, demarcáveis por isso, de outras entidades, igualmente malignos e não odontogénicas do osso, tais como: Sarcoma de Ewing, Linfoma de Burkitt, Mieloma Plasmocitário e Carcinoma Metastático que interessam sobretudo, a cavidade medular dos ossos maxilares (1).

¹ Internos de Estomatologia

² Assistente Hospitalar

Assistente Hospitalar Graduado

Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial do Hospital de S. José - Lisboa.

A distribuição por idades e sexos, bem como a ocorrência no maxilar superior e mandíbula, não diferem significativamente na literatura consultada, situando-se em 51% na maxila e 49% na mandíbula. A distribuição etária é extensa podendo ser encontrados picos de incidência nas várias séries situados entre os 29 e os 34 anos, com ligeira preferência pelo sexo masculino (62%) (1,2,3,4).

Quanto à localização, há unanimidade na localização mais frequente: o ramo horizontal da mandíbula, seguindo-se com alternância entre as séries as localizações no ângulo, ramo ascendente, sínfise, processo coronóide e A.T.M.

A patologia em estudo, cursa com frequência associada a lesões ósseas pré-existentes, de gravidade variável, não tratadas no início, por ausência de diagnóstico ou sub-valorização clínica, tais como (1,4):

D. Paget
Displasia Fibrosa
Infarto Ósseo
Osteomielite Crónica
Tumor de Células Gigantes
Osteocondroma
Osteogénese Imperfeita
Iatrogenia por Radioterapia (5,6).

A localização na arquitectura óssea, permite classificar os osteossarcomas em (1):

- 1 Convencionais, quando surgem dentro da cavidade medular;
- 2 Justa-corticais:
 - a) parosteais, quando surgem na cortical (+ freq. maxilares)
 - b) periosteais, quando surgem no periósteo;
- 3 extra-esqueléticos, quando surgem nos tecidos moles.

Quanto ao tipo histológico, encontramos quatro padrões predominantes:

- 1 Osteoblástico:
- 2 Condroblástico:
- 3 Fibroblástico:
- a) Fibrohistiocitomatoso;
- b) Fibrossarcomatoso;
- 4 Telangiectásico (muito raro na cabeça).

A predominância quanto à localização, é bem evidente a favor do tipo parosteal (1,2); mais diversificada é a opinião dos autores quanto ao padrão histológico, com 47% da variante osteoblástica numa série de 56 casos (Garrington al.) e 52% da fibrossarcomatosa, em 35 casos, estudados no Memorial Sloam-Kettering Cancer Center (1,2,3,4,7).

Em ambos os estudos encontrou-se ausência de padrão específico, numa percentagem próxima dos 16% e concluiu-se da não existência de qualquer correlação entre o padrão histológico e o prognóstico (2,3,4).

CASO CLÍNICO:

Doente do sexo feminino, 37 anos, raça caucasiana, decoradora.

Primeira Consulta: Outubro de 1994

Motivo: Referenciada pelo seu estomatologista, por apresentar tumefacção no ramo horizontal direito da mandibula e parestesias no lábio inferior.

Na colheita da história clínica podémos perceber que as parestesias, se haviam estabelecido de forma mantida, há mais de 10 anos e posteriormente a manobras de extracções dentárias complicadas de 46 e 47, como descrito por vários autores (1,2,8,9).

No entanto a doente só toma a iniciativa de procurar apoio médico, anos depois, quando se preocupa com a alteração de volume na boca, em Agosto de 1994.

No exame objectivo, observámos pequena tumefacção, no 1/3 médio do ramo horizontal direito da mandíbula, em vestibular, semelhante a uma azeitona, em zona edêntula correspondente ao primeiro e segundo molares cuja tradução radiográfica na ortopantomografia (Fig. 1), foi uma pequena imagem, arredondada, heterogénea, com localização correspondente à da massa observada, mas de dimensões maiores, (não correspondentes às do exame objectivo), semelhante a descrições feitas por outros autores, num espectro radiológico diversificado, onde pudémos salientar a presença de imagem de flocos de algodão e esboço de espículas ósseas nos limites da lesão, parecendo



Fig. 1

interessar as partes moles (10,11).

Notámos também a ausência de mobilidade dentária nas peças vizinhas e quaisquer outras alterações locais e regionais.

O exame objectivo geral foi negativo

Pedimos T.A.C. mandibular e fizémos biópsia incisional, sob anestesia local em Novembro de 1994.

A T.A.C. revelou a presença da massa tumoral, sem acrescentar outros elementos relevantes de diagnóstico ou de apoio à terapêutica, excepto na melhor visualização do envolvimento das corticais mandibulares; a biópsia foi inconclusiva, e motivou o primeiro internamento da doente, em Janeiro de 1995, para segunda biópsia,, desta vez sob anestesia geral.

Assistimos então, enquanto aguardávamos pelo resultado histológico, a um crescimento quase galopante da tumefacção (em cerca de 2 meses), com expansão e destruição de ambas as corticais mandibulares com acentuada assimetria facial direita e envolvimento de partes moles circunvizinhas.

Por dificuldade na obtenção do padrão histológico, o resultado da segunda biópsia só nos foi fornecido em Fevereiro de 1995, com o diagnóstico de: osteossarcoma de grau 1, com predomínio condroblástico.

A indicação cirúrgica de resseção tumoral foi proposta à doente, que aceitou mediante contramedida estética simultânea, recusando de forma peremptória a cirurgia mutilante, mesmo como solução transitória para posterior reconstrução.

Realizámos a intervenção em Março de 1995, que consistiu na exérese tumoral com abordagem por via externa, mediante hemimandibulectomia parcial direita, com osteotomia ao ângulo e à sínfise, seguida de remoção do tumor em bloco com o corpo mandibular. Seguiu-se a confecção e adaptação de prótese, em rede de titânio preformada, para reconstrução da área amputada, que foi preenchida com osso corticoesponjoso colhido da crista ilíaca (Fig. 2).

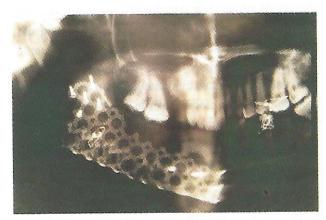


Fig. 2

Deixámos dreno aspirativo e imobilização aos quadrantes esquerdos. Pós-operatório satisfatório até ao 8.º dia, altura em que se evidenciam sinais de rejeição, com profusa infecção local, não controlada com antibioticoterapia e medidas de higiene e drenagem locais, que levaram a segunda intervenção, cerca de duas semanas depois do aparecimento dos primeiros sinais de rejeição, para remoção de material e limpeza cirúrgica.

Após mês e meio, foi tentada nova colocação de prótese, semelhante à anterior, desta vez preenchida com osso exclusivamente esponjoso e compactado, da crista ilíaca posterior.

Pós-operatório sem complicações; a doente tem alta, com boa condição estética e de fonação, alimentando-se com dieta mole, sendo encaminhada para a consulta externa de cirurgia Maxilo Facial, onde permanece sob vigilância, aguardando completa cicatrização e organização de tecidos e estruturas, com vista à colocação de prótese dentária, para reabilitação oral, ponderando-se no entanto, o recurso a alguma forma de terapia complementar, para o pós-operatório mais tardio e para situações de recidiva local ou metástase à distância (2).

CONCLUSÕES:

Da história apresentada, salientamos os factos clínicos da ausência de dor, durante praticamente toda a evolução do processo mórbido, da ocorrência das parestesias como sintoma isolado, da duração bastante superior ao normal (até 5 anos), sendo o aparecimento da massa, o sinal mais evidente da lesão e com evolução dentro da cronologia descrita por diversos autores (de 3 meses a 1 ano até ao estabelecimento do diagnóstico) bem como a relação com extracções dentárias anteriores (2,8,9).

De notar também a dificuldade na classificação anátomo-patológica dos espécimes colhidos para análise o que se identifica com referências de alguns autores (3,4,7).

Não restam dúvidas que a cirurgia radical, é a atitude terapêutica principal no tratamento dos osteossarcomas e que do seu sucesso depende o prognóstico da doença (2).

Importa saber, se a terapia complementar, visando minimizar: as recorrências locais e metástases, bem como o aspecto estético e funcional, têm oportunidade e vantagem, antes durante ou depois da cirurgia, sendo certo que o prognóstico desfavorável assenta na forte possibilidade de recidivas locais e metastização cerebral e pulmonar (25-50%) (1); se essa terapia deve ser radiológica, química ou mista; e se a reconstrução da zona perdida, se deve fazer em primeiro tempo, ou preterida para segundo tempo cirúrgico e com que materiais.

No presente caso, optámos por fazer no mesmo acto cirúrgico a ablação alargada do tumor, seguida de reconstrução, com prótese em rede de titânio preformada, preenchida com enxerto ósseo autólogo. A rejeição

por infecção, obtida na primeira tentativa, leva-nos a questionar a vantagem da reconstrução no primeiro tempo e a sugeri-la em tempo operatório posterior, não muito distante, a fim de limitar o processo de fibrose cicatricial dos tecidos.

A nossa opção foi condicionada por factores de vária ordem:

- 1 grau histológico do tumor (Grau 1: baixo índice de mitoses)
- 2 extensão da massa (5cm);
- 3 localização de fácil acesso cirúrgico;
- 4 condição posta pela doente (reconstrução com objectivo estético imediato).

De acordo com a opinião de alguns autores, os factores 1,2 e 3, desfavoráveis, condicionam o prognóstico e a necessidade de radioterapia pós-cirurgia (12,13).

Não realizámos Radioterapia pré-operatória por limitação de tempo devido ao atraso no diagnóstico histológico e por nos parecer inadequada uma proposta terapêutica com altas doses de radiação, conforme proposto pelos defensores desta modalidade, quer sob a forma de Radiação Externa (14), quer sob a forma de Radiação Interna, através de Implantes de Irídium (15,16), por pensarmos comprometerem a viabilidade do enxerto e a aceitação da prótese; nem pós-operatória, pelos mesmos motivos e pela presença de factores favoráveis, invocados em 1,2 e 3; reservando este procedimento, aliado a eventual Quimioterapia, na ocorrência de recidivas locais ou metastização (2).

Não fizémos Quimioterapia por não dispormos de informação segura quanto à vantagem resultante do compromisso entre eficácia e a toxicidade das drogas anti-neoplásicas (aplasia medular, cardiomiopatia, insuficiência renal, citólise hepática), embora haja indícios de resultados promissores (2,14,16,17).

A solução reconstrutiva realizada, encontra-se a meio termo das que são propostas na literatura e que vão desde a cirurgia mutilante sem reconstrução, até às mais recentes técnicas envolvendo retalhos livres microanastomosados (18,19,20,21). Pareceu-nos uma solução viável e equilibrada para a situação da doente, seguindo o exemplo de Raveh, Stoll e Vuillenim que

obtiveram os mais baixos índices de rejeição (21%), com enxertos ósseos autólogos, estabilizados com próteses de titânio, em estudos comparativos (2,22).

Não considerando o caso encerrado, julgamos que a atitude clínica mais adequada, será o seguimento da doente, com avaliações clínicas, hematológicas, bioquímicas e radiológicas (óssea e pulmonar) periódicas, com vista à detecção precoce de recorrência ou metástase, que permita pronta e adequada medida terapêutica que seguramente implicará: Cirurgia, aliada a Quimioterapia, com ou sem Radioterapia, conforme as tendências mais recentes (2,14,16).

BIBLIOGRAFIA

- REGEZI & SIUBBA. Patologia Bucal, correlações clinicopatológicas. Gua.-Koogan, S.A. 300-301, 1991.
- ANDREW G. HUVOS, M.D. BONE. Tumours, Diagnosis, Treatment and Prognosis. 2.^a Ed. W.B. Saunders Company: 179-200, 1991.
- CARRINGTON G.E., SCOFIELD H.H. CORNYN J., et al.: Osteosarcoma of the jaws. Analysis of 56 cases cancer, 20:377-391, 1967.
- HUVOS A.G., SUNDARESAN N., BRETSKY S.S., et al.: Osteogenic Sarcoma of the skull. A clinicopathologic study of 19 patients. Cancer, 56:1214-1221, 1985.
- HIRAI T., TANAKA K., MATSUURA S., et al.: Radiationinduced osteosarcoma of the mandible-report of a case. Nippon Jibiinkoka Gakkai kaiho; 85:751-755, 1982.
- SCHUSTERMAN MA, HARRIS SW, RAYMOND AK, GOEPFERT H.: Immediate free flap mandibular reconstruction: significance of adequate surgical margins. Head-Neck, 15(3)204-7, 1993.
- AHUJA S., VILLACIN A., SMITH J. et al. Juxtacortical (parosteal) osteogenic sarcoma. Histologic grading and prognosis. J. Bone Joint. Surg. 59A:632-647, 1977.
- MINKOW B., RAUBENHEIMER E.: Osteosarcoma of the mandible... early signs and symptoms... case report; Refu-Hashinayim, 8(4):7-9, Oct. 1991.

- RICHARD W.G. and Coleman F.C.: Osteogenic sarcoma of the jaw. Oral Surg., 10:1156-1165, 1957.
- DE SANTOS L., MURRAY J., FINKLESTEIN J., et al. The radiographic spectrum of periosteal osteosarcoma. Radiology 127:123-129, 1978.
- 11. FINKELSTEIN J.B.: Osteosarcoma of the jaw bones. Radiol. Clin. North Am., 8:425-443, 1970.
- 12. B. COUSTAL, I. BARTHÉLÉMY, V. MICHELET, J. PINSOLLE, F. SIBERCHICOT, PH. CAIX, F. MICHLET. Traitement des sarcomes primitifs des tissus mous de la tête et du cou. Rev. Stom. Chir. Max. Fac. n.º 6: 423-426, 1994, 95.
- I. BARTHÉLÉMY, B. COUSTAL, V. MICHELET, J. PINSOLLE, F. SIBERCHICOT, P. CAIX, F.-X. Michelet. Traitement des sarcomes osseux primitifs des maxillaires. Rev. Stom. Chir. Max. Fac. n.º 4: 302-305, 1994-95.
- 14. SUNDERASEN N., GALICICH J.H., ROSEN G., et al.: Primary osteogenic sarcoma of the skull. Five-year disease free survival following surgery and high dose methotrexate therapy. N.Y. State J. Med.; 85:598-599, 1985.
- CHAMBERS R.G., AND MAHONEY W.D.: Osteogenic sarcoma of the mandible: current management. Am. Surg., 36:463-471, 1970.
- GOMEZ A.C., YOUMANS R.D., AND CHAMBERS R.G. Osteogenic Sarcoma of the man dible. A method of treatment. Am. J. Surg.; 100:613-616, 1960.
- 17. SLOOTWEG P.J.: Experimentally-induced jaw sarcoma in the rat. J. Max. Fac. Surg.; 13:108-110, 1985.
- B. BEDRUNE, M. ZANARET, C. CHOSSEGROS, F. CHEYNET, J.L. BLANC J. LACHARD. Reconstruction mandibulaire par endoprothèse metállo-acrylique en carcinologie Rev. Stom. Chir. Max. Fac. n.º 3: 233-240, 1994, 95.
- B. COUSTAL, V. MICHELET, J. PINSOLLE, F. SIBERCHI-COT, Ph. CAIX, F.-X. MICHELET. Résultats de l'utilisation des plaques de reconstruction mandibulaire en titane. Rev. Stom. Chir. Max. Fac. n.º 4: 274-277, 1994, 95.
- 20. GARCIA-GARCIA A., SUAREZ-QUINTANILLA D., DIZ-DIOS-P.: J. Oral-max. fac. surg.: Aug.: 52(8) 863-7, 1994.
- 21. PANIZZONI GA., GASPARINI G., CLAUSER L., BARASTI P., POZZA F., CURIONI C. Osteosarcoma of the facial bones; Ann.-Oncol., 3 suppl. 2:s47-50, Apr. 1992.
- RAVEH J., STICH H., SUTTER F., et al.: Current possibilities of reconstruction of the lower jaw in bony defects following tumour resection. Animal experiments and clinical results. Chirurg. 53:459-467, 1982.