

Osteoblastoma em coluna dorsal: relato de caso

Osteoblastoma in dorsal spine: case report

**Gabriel André Duarte Silva¹, Ana Paula Caldas Carvalho¹, Fabiana Soares Machado¹,
Mateus Barros de Lacerda¹, Pedro Afonso Londe Pessoa¹, Talitha Araújo Faria²**

Silva GAD, Carvalho APC, Machado FS, Lacerda MB, Pessoa PAL, Faria TA. Osteoblastoma em coluna dorsal: relato de caso / *Osteoblastoma in dorsal spine: case report*. Rev Med (São Paulo). 2020 nov.-dez.;99(6):609-13.

RESUMO: O osteoblastoma é tumor benigno primário do osso e corresponde a 1% destes tumores. Acomete indivíduos jovens, principalmente na coluna vertebral, onde produz sintomatologia variada, desde dor até deformidades estruturadas, onde a duração dos sintomas até o diagnóstico definitivo é prolongada. O tratamento é eminentemente cirúrgico. Predomina nos jovens do sexo masculino, cerca de 3:1. Este relato descreve um caso de uma lesão vertebral expansiva na vértebra T6, com margens delimitadas, causando expansão discreta do osso em um paciente do sexo masculino de 24 anos de idade. A ressonância magnética da coluna vertebral revelou presença de um tumor com tamanho maior que uma laranja lima a nível de vértebra T6. Muitas lesões produtoras de osso possuem características clínicas, especialmente neurológicas e radiológicas. Conclui-se que compreender todos esses achados é de extrema importância, uma vez que auxilia no diagnóstico adequado para levar ao tratamento deste raro dano, levando a um bom prognóstico.

Palavras-chave: Osteoblastoma; Coluna dorsal; Tumor; Sexo masculino; Vértebra T6.

ABSTRACT: The osteoblastoma is a benign primary tumor of the bone that is comprehended 1% of these kinds of tumors. It affects young individuals, mainly in the vertebral column, where it produces varied symptomatology, from pain to structured deformities, where the duration of symptoms until the definitive diagnosis is prolonged. The treatment is eminently surgical. It predominates in young males, about 3:1. This report describes a case of an expansive vertebral lesion in the T6 vertebra, with delimited margins, causing discrete expansion of the bone in a 24-year-old male patient. The magnetic resonance imaging of the spine revealed the presence of a tumor larger than a lime orange at the T6 vertebra. Many bone-producing lesions have clinical features, especially neurological and radiological. It concludes that it is extremely important to understand all these findings, since it helps in the proper diagnosis to lead to the treatment of this rare injury, leading to a good prognosis.

Keywords: Osteoblastoma; Dorsal spine; Tumor; Male; T6 vertebra.

Apresentado: III Congresso Acadêmico de Medicina e Saúde, Centro Universitário Atenas – Uniatenas, 18 ago. 2018; I Jornada Acadêmica de Neuropsiquiatria, Hospital de Ensino da Faculdade Atenas – HEFA, 06 out. 2018.

1. Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Atenas. ORCID: Silva GAD - <https://orcid.org/0000-0003-2453-3277>; Carvalho APC - <https://orcid.org/0000-0002-5620-2010>; Machado FS - <https://orcid.org/0000-0001-5833-9021>; Lacerda MB - <https://orcid.org/0000-0003-1893-9465>; Pessoa PAL - <https://orcid.org/0000-0002-4763-7151>. E-mail: gabriel_andre.ds@hotmail.com, caldaspaulagvc@hotmail.com, fabimachadomed@yahoo.com, mateus-bl@hotmail.com, pedromuish@outlook.com
2. Professora Orientadora do curso de Medicina do Centro Universitário Atenas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4252-6794>. Email: talithabio@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Gabriel André Duarte Silva. Av. Oeste, nº 1950, Residencial Serra Dourada, bl 4-A, apto 502, Centro, Goiânia, GO. Email: gabriel_andre.ds@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Originado dos osteoblastos, o osteblastoma é um neoplasma benigno que representa menos de 1% dos tumores ósseos, portanto, sendo incomuns^{1,2,3,4,5}. Os ossos com maior frequência de acometimento são coluna vertebral, sacro, calvária, ossos longos, pequenos ossos das mãos e dos pés. Caracterizado por dor e edema no local da lesão, o osteblastoma apresenta crescimento clínico rápido. O uso de salicilatos tem relação com o alívio da sintomatologia dolorosa. As lesões variam de 2 a 4 cm de extensão, entretanto, pode-se encontrar grandes manifestações do osteblastoma com cerca de 10 cm^{2,3,4,6}.

O tumor primário na coluna vertebral é raro. O diagnóstico precoce dessa lesão é na maioria das vezes difícil, porque a dor, limitação funcional ou deformidade são queixas de afecções frequentes da coluna. Esse tumor é mais frequente no sexo masculino (3:1), e em geral surge no arco posterior da vértebra⁷.

O osteblastoma do ponto de vista histológico apresenta um grande número de osteoblastos, num tecido muito vascularizado, entremeados por trabéculas ósseas com osteoide⁷. O tratamento do osteblastoma é definido pela completa excisão da lesão ou curetagem. O osteblastoma pode-se tratar de um processo reativo, visto que, existem relatos de regressão após biópsia ou remoção incompleta. O prognóstico é bom e as recorrências e malignizações acontecem raramente^{2,4,5}. Este estudo tem como objetivo apresentar o caso clínico sobre um osteblastoma benigno na vértebra T6 que teve comprometimento motor do paciente acometido, com tamanho significativo, crescimento rápido e forma de terapêutica cirúrgica.

MÉTODOS

Paciente do sexo masculino com 24 anos de idade, apresentou osteblastoma evoluindo com redução de células malignas através de procedimento cirúrgico.

RELATO DE CASO

Homem vem queixando-se de dor na coluna vertebral por 2 anos com idas ao hospital em momentos álgicos da dor e realizações de exames radiográficos simples, sem nenhuma alteração. Relatou ter usado classe de medicamentos analgésico e relaxante muscular para melhora da dor. Certo dia, acordou com parestesia no hálux esquerdo com crescimento rápido do “caroço nas costas” a cada dia que passava atingindo todo o membro inferior esquerdo e o pé direito. Com isso, procurou o ortopedista o qual solicitou corte sagital por ressonância magnética da coluna torácica identificando um tumor com aproximadamente 6cm de diâmetro na vértebra torácica T6 (Figuras 1 e 2).

No dia seguinte à consulta, dia 16 de janeiro de 2018, o paciente foi internado no Hospital Estadual de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL). Neste período de espera de 15 dias, foi administrado ao paciente cloridrato de tramadol 50 mg/mL por via endovenosa, devido as dores intensas, e solicitado pelo médico o exame da biópsia do tumor. Já estava com parestesia a nível da cicatriz umbilical e bilateralmente nos membros inferiores, apresentava clônus somente durante esse período pré-operatório, bastante espasticidade e hipoestesia.



Figura 1: Sequência de evolução do osteblastoma em desenvolvimento no paciente estudado

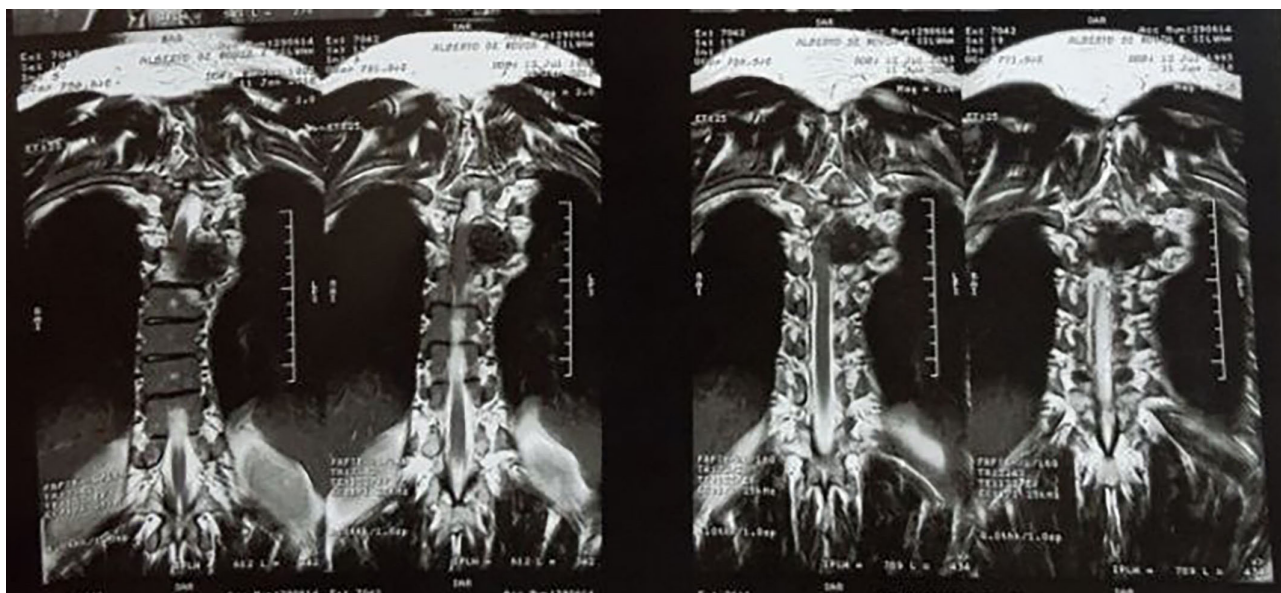


Figura 2: Sequência de osteoblastoma desenvolvido em vértebra T6

Após esses 15 dias foi submetido ao procedimento cirúrgico sem o resultado da biópsia solicitada, devido a decisão da junta médica já que a cada dia o comprometimento do paciente piorava. A cirurgia teve duração de 10 horas, contando com a presença de 14 médicos e ao procedimento foi feita a ressecção de

vértebra T6 por vertebrectomia mais artrodese, fixação das vértebras, via posterior T3-T9 (Figura 3). No pós-operatório teve derrame pleural, mas não foi necessário a drenagem passando uma noite na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

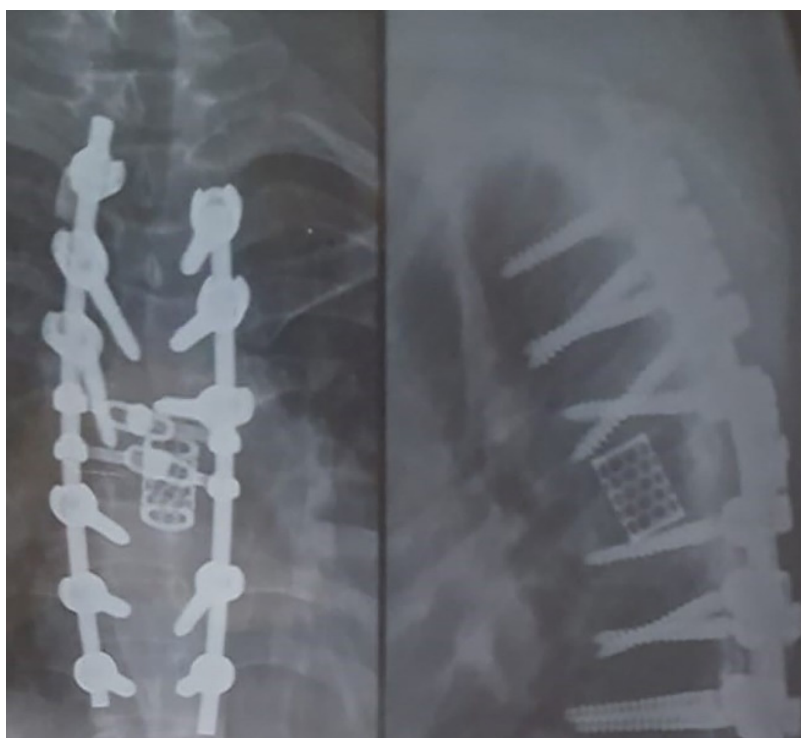


Figura 3: Procedimento de vertebrectomia mais artrodese via posterior T3-T9

O membro inferior esquerdo não apresentou nenhuma seqüela, sendo o direito o mais afetado após a cirurgia com a permanência de hipoestesia e espasticidade.

Com a avaliação fisioterápica 8 dias após a cirurgia, relatou no início perda de controle do tronco, força muscular e sensibilidade alterada. Com relação ao nível lesional, o

paciente apresentou-se com nível funcional em T6, ASIA C¹⁸ com a seguinte classificação para força muscular:

Membro superior direito: C5 G5, C6 G5, C7 G5, C8 G5, T1 G5;

Membro superior esquerdo: C5 G5, C6 G5, C7 G5, C8 G5, T1 G5;

Membro inferior esquerdo: L2 G4 / L3 G5 / L4 G3 / L5 G3 / S1 G3;

Membro inferior direito: L2 G2 / L3 G5 / L4 G3 / L5 G3 / S1 G3.

Na avaliação neuromuscular, o paciente relatou espasmos em membros inferiores e não foi verificada presença de clônus/hiperreflexia. O paciente não apresentava contraturas e deformidades, com movimentos preservados em membros inferiores, porém com déficit de força muscular e dorsiflexão presente bilateralmente. Para locomoção, o paciente era incapaz de andar, deslocava-se em CR com auxílio de terceiro e referia precisar do estímulo visual para conseguir andar.

A análise de marcha revelou deficiência sensitiva de propriocepção. Ao exame físico, a força muscular era normal assim como a sensibilidade cutânea nos MMII. Teste de propriocepção e Romberg positivos. A avaliação cinemática mostrava compensações à marcha lenta e cautelosa com aumento da anteversão pélvica e redução na administração pélvica nos outros planos de movimento, quadris com extensão inadequada e reduzida amplitude de movimento coronal, ausência de flexão dos joelhos no apoio com hiperextensão bilateral com o lado direito apresentando maior flexão e os movimentos do tornozelo tinham administração reduzida bilateralmente.

Assim os médicos solicitaram o uso de órteses e um colete para ser usado de 3 a 6 meses para imobilização total da coluna vertebral. Porém, isso não foi preciso porque dentro de 1 semana ele havia começado a fazer fisioterapia e progrediu com melhora significativa. Ao resultado da biópsia, haviam células malignas em pouca quantidade não sendo necessário realizar radioterapia ou quimioterapia.

Atualmente, ele apresenta grau 5 de força na maioria dos músculos (5- força muscular normal; 4≤ - força muscular alterada em relação à gravidade e resistência) e fraqueza nos músculos glúteos, ísquios tibiais e fibulares, melhora do equilíbrio e propriocepção evoluindo para marcha domiciliar com auxílio de andador e supervisão de terceiro. Faz seções de fisioterapia/ Hidroterapia e Biofeedback visual no CRER - Centro de Reabilitação e Readaptação Dr Henrique Santillo, com melhora significativa na marcha. Faz o uso do Baclofeno 10mg em 6/6 horas para diminuir a espasticidade muscular.

DISCUSSÃO

O presente artigo relatou caso de osteoblastoma, com queixa de parestesia e hipoestesia que confirmam a relação da disfunção neurológica com o osteoblastoma estudado. Mas, sabe-se que os osteoblastomas costumam ter manifestações clínicas mais imperativas, apresentando problemas neurológicos⁷.

No caso apresentado, o indivíduo estava com 24 anos, sendo ele parte do grupo de risco para o surgimento de neoplasias ósseas, devido a sua idade. Corroborando com a literatura que diz que esse tumor ósseo é caracterizado por, principalmente, afetar indivíduos de faixa etária entre 20 a 30 anos⁸.

Em 25% dos casos relatados na bibliografia que os pacientes obtiveram exames de imagens (radiografia e ressonância), foi evidenciado a presença de uma massa sendo diagnosticada como osteoblastoma maligno⁹. Diante do exposto, o exame de imagem do caso do paciente discutido sugeriu uma massa óssea a nível de T6 confirmando um osteoblastoma benigno.

Na fase pré-operatória o paciente fez uso do cloridrato de tramadol 50 mg/mL por via endovenosa para alívio da dor. Esse medicamento é indicado para analgesia (alívio da dor) de intensidade moderada a grave, independentemente do tipo de dor^{10,11}.

No pós-operatório não houve a necessidade do uso de órteses e colete, porque somente com a fisioterapia de exercícios de treino de marcha e fortalecimento da coluna vertebral garantiram uma melhora progressiva na marcha. Isso condiz com a literatura do tratamento fisioterápico no pós-operatório por artrodese que inclui os exercícios terapêuticos, treino de marcha, alongamentos ativos e passivos, reeducação postural, fortalecimento e conservação da coluna e instruções sobre as atividades de vida diária visando proteger o local da fixação^{12,13,14}.

Continua utilizando o medicamento Baclofeno 10mg em 6/6 horas para diminuir a espasticidade muscular que contribuindo para a melhora da marcha. O baclofeno é a primeira opção para o tratamento na redução da espasticidade em casos de lesões medulares tendo menos efeitos colaterais^{15,16}.

Tumores benignos produtores de osso na coluna são pouco comuns, no entanto, podem causar deformidade na coluna, dores intensas e alterações neurológicas como paresia, perda de controle do tronco e força muscular, com maior frequência em jovens do sexo masculino. A apresentação clínica do osteoblastoma é agressiva, com alta possibilidade de déficit neurológico ao exame inicial. A persistência da dor é um indicativo forte de tumor residual por ressecção incompleta, enquanto o retorno da dor é sugestivo de recidiva da doença.

CONCLUSÃO

Com o estudo, observa-se que o tratamento definitivo deve ser cirúrgico, mediante ressecção completa do tumor. Consta-se que a presença de lesão neurológica é maior em pacientes que apresentam o canal vertebral mais estreito e se encontra com a medula espinal. Com a evolução da doença, pode ser danificada a placa de crescimento e degeneração ou fibrose da musculatura paravertebral.

Agradecimentos: Os autores agradecem à contribuição do paciente em compartilhar o caso acontecido para estudo e à nossa orientadora MSc. Talitha Araújo Faria pela ajuda constante.

Participação dos autores: *Silva GAD* - autor principal responsável pela busca das informações do caso, produção do texto do presente artigo, formatações, publicação e correções; *Carvalho APC* - contribuiu com a conclusão e revisão ortográfica; *Machado FS* - contribuiu com a revisão ortográfica; *Lacerda MB* - contribuiu com a discussão e revisão ortográfica; *Pessoa PAL* - contribuiu com a formatação do texto e das referências bibliográficas nas normas de Vancouver e revisão ortográfica; *Faria TAV* - orientadora que contribuiu com as correções e recomendações do artigo.

Este estudo não teve financiamento.

REFERÊNCIAS

- Durighetto JAF, Ramos M, Rocha MA. Peripheral osteoma of the maxilla: report of a case. *Dentomaxillofac Radiol.* 2007;36:308-10. doi: <https://doi.org/10.1259/dmfr/52795470>.
- Jones AC, Prihoda JT, Kacher JE, Odingo NA, Freedman PD. Osteoblastoma of the maxilla and mandible: a report of 24 cases, review of the literature, and discussion of its relationship to osteoid osteoma of the jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102:639-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.09.004>.
- Rawal YB, Angiero F, Allen CM, Kalmar JR. Gnathic osteoblastoma: Clinicopathologic review of seven cases with long-term follow-up. *Oral Oncol.* 2006;42:123-30. doi: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2005.04.016>.
- Capelozza A, Dezotti G, Alvares LC. Osteoblastoma of the mandible: systematic review of the literature and report of a case. *Dentomaxillofac Radiol.* 2005;34:1-8. doi: <https://doi.org/10.1259/dmfr/24385194>.
- Figueiredo EG, Vellutini E, Velasco O, Siqueira M, Bougar P. Giant osteoblastoma of temporal bone: case report. *Arq. NeuroPsiquiatr.* 1998;56(2):292-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1998000200021>.
- Oliveira CR, Mendonça BB, Camargo OP, Pinto EM, Nascimento SA. Classical osteoblastoma, atypical osteoblastoma, and osteosarcoma: a comparative study based on clinical, histological, and biological parameters. *Clinics.* 2007;62(2):167-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322007000200012>.
- Avanzi O, Meves R, Caffaro MFC, Chalouhi JM. Tumores benignos produtores de osso na coluna: estudo de 30 casos. *Coluna/Columna.* 2009;8(4):368-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512009000400004>.
- Lucas DR, Unni KK, Mcleod RA, O'Connor MJ, Sim FH. Osteoblastoma: clinicopathologic study of 306 cases. *Hum Pathol.* 1994;25:117-34. doi: [10.1016/0046-8177\(94\)90267-4](https://doi.org/10.1016/0046-8177(94)90267-4).
- Mcleod RA, Dahlin DC, Beabout, JW. The spectrum of osteoblastoma. *Am J Roentgenol.* 1976;126:321-35. doi: <http://doi.org/10.2214/ajr.126.2.321>.
- Dayer P, Desmeules J, Collart L. Pharmacologie du tramadol. *Drugs.* 1997;53(Suppl 2):18-24. doi: <http://doi.org/10.2165/00003495-199700532-00006>.
- Lewis KS, Han NH. Tramadol: a new centrally acting analgesic. *Am J Health Syst Pharm.* 1997;54:643-52. doi: <http://doi.org/10.1093/ajhp/54.6.643>.
- Ganz SB, Viellion G. Pré- and post-surgical management of the hip and Knee. In: Wegener ST, et al., editors. *Clinical care in the rheumatic disease.* Atlanta: American College Rheumatology; 1996. p.103. doi: <https://doi.org/10.1002/acr.23274>.
- Grieve GP. *Moderna terapia manual da coluna vertebral.* São Paulo: Editora Panamericana; 1994.
- Basmajian JV. *Terapêutica por exercícios.* 3a ed. São Paulo: Editora Manole; 1987.
- Gracies JM, Elovic E, McGuire JR, Nance P, Simpson DM. Traditional pharmacologic treatments for spasticity part II: systemic treatments. In: Mayer NH, Simpson DN, editors. *Spasticity – we move self-study activity.* We Move; 2002. p.65-93.
- Orsnes GB, Sorensen PS, Larsen TK, Ravnborg M. Effect of baclofen on gait spastic MS patients. *Acta Neurol Scand.* 2000;101:244-8. doi: [10.1034/j.1600-0404.2000.101004244x/](https://doi.org/10.1034/j.1600-0404.2000.101004244x/).
- Kan P, Schmidt MH. Osteoid osteoma and osteoblastoma of the spine. *Neurosurg Clin N Am.* 2008;19(1):65-70. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nec.2007.09.003>.
- Asia, American Spinal Injury Association. *Padronização do exame neurológico: trauma raquimedular [citado set. 2018].* Disponível em: <http://www.asia-spinalinjury.org>.

Recebido: 21.05.2019
Aceito: 21.10.2020