

Tratamento cirúrgico de cisto ósseo aneurismático do tálus

Marcos Hajime Tanaka¹, Marcello Martins de Souza²

RESUMO

O cisto ósseo aneurismático é uma lesão pseudotumoral rara de etiologia desconhecida cuja localização principal é a região metafisária dos ossos longos. Geralmente, é uma lesão excêntrica que insufla a cortical óssea da região metaepifisária dos ossos longos. Outra localização é a coluna vertebral, onde geralmente compromete os elementos do arco neural. O tratamento de escolha é a curetagem da lesão e enxerto ósseo. A taxa de recidiva é baixa. Apresentamos um caso de rara localização, no tálus, e a conduta e estratégia cirúrgica adotada.

Palavras-chave: cisto ósseo aneurismático; tratamento cirúrgico; tálus.

SUMMARY

Aneurysmal bone cyst is a rare pseudotumoral lesion of unknown etiology whose main location is the metaphyseal region of the long bones. It is usually an eccentric lesion that inflates the cortical bone from the metaepiphyseal region of the long bones. Another location is the spine, compromising neural arch elements. Treatment of choice is curettage of the lesion and bone graft. Recurrence rate is low. We present a case of rare location: talus and the approach and surgical strategy adopted.

Keywords: bone cysts, aneurysmal; surgical treatment; talus.

INTRODUÇÃO

O Cisto ósseo aneurismático é uma lesão pseudotumoral, benigna, localmente agressiva, que acomete crianças, adolescentes e adultos jovens, e que costumam acometer a região metafisária dos ossos longos¹.

A sua localização é excêntrica, com lesões osteolíticas expansivas, dando uma aspecto insuflado da cortical óssea. Em alguns casos lembra lesões tipo “bolha de sabão”. Com o crescimento da lesão, geralmente os pacientes queixam-se de dor e há risco de fratura patológica dependendo do osso comprometido.

Na coluna vertebral, localização relativamente frequente, acometem os elementos posteriores, e podem provocar comprometimento medular e das raízes nervosas.

O quadro de dor varia de semanas a meses de duração. Quando localizados próximo de articulações, além da dor, provocam limitação da movimentação.

A lesão é constituída por espaços de tamanhos variados cheio de sangue, separados entre si por septos e presença de tecido ósseo e células gigantes, fazendo em alguns casos diagnóstico diferencial com o tumor de células gigantes clássico. A evolução pode ser rápida e agressiva¹.

A biópsia é necessária no seu diagnóstico e geralmente provoca grande sangramento. Os diagnósticos diferenciais seriam: cisto ósseo simples, histiocitose da células de Langherhans e tumor de células gigantes entre os tumores benignos e o osteossarcoma telangectásico entre os tumores malignos^{1,2}. O tratamento clássico é a ressecção intra-lesional (curetagem) e preenchimento com enxerto ósseo, autólogo ou homólogo³.

1. Chefe do Grupo de Oncologia Ortopédica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

2. Médico Assistente do Grupo de Oncologia Ortopédica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

Autor responsável: Marcos Hajime Tanaka / **E-mail:** tanakamarcos1@gmail.com

Neste artigo, descrevemos um caso raro de cisto ósseo aneurismático, localizado no tálus e o seu tratamento.

RELATO DO CASO

Paciente LCT, 30 anos de idade, gênero masculino. Referiu-se entorse do tornozelo direito havia 5 meses. Desde então, dor e edema no tornozelo direito com limitação progressiva da movimentação do pé e tornozelo direito. Ao exame físico apresentava tumoração dolorosa à palpação da região infra maléolo medial e limitação e dor à movimentação do tornozelo. Ao RX inicial visualizamos uma lesão osteolítica, excêntrica na porção medial do tálus direito, na articulação

do tálus com o maléolo medial e também na região tíbio talar e presença de solução de continuidade (fratura) da cortical medial com calcificações mediais na região infra-maléolo medial (Figura 1).

Nos exames de estadiamento local, na ressonância magnética (RM) observamos uma lesão expansiva, lítica bem delimitada, localizada na medular do corpo do tálus, comprometendo a cabeça, o colo e a região do domus talar, com irregularidade na cortical medial do tálus, sem sinais de ruptura da cortical. A lesão apresentava áreas compatíveis com formação de nível líquido-líquido. Não havia sinais de reação periosteal, de componente de partes moles ou artropatia talo-navicular associada (Figura 2).

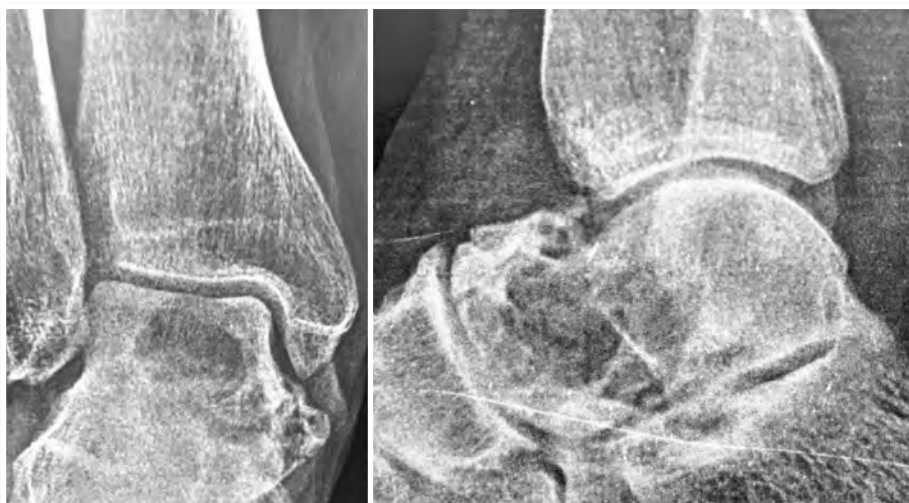


Figura 1. Lesão lítica no corpo do talus com componente medial apresentando sinal sugestivo de fratura

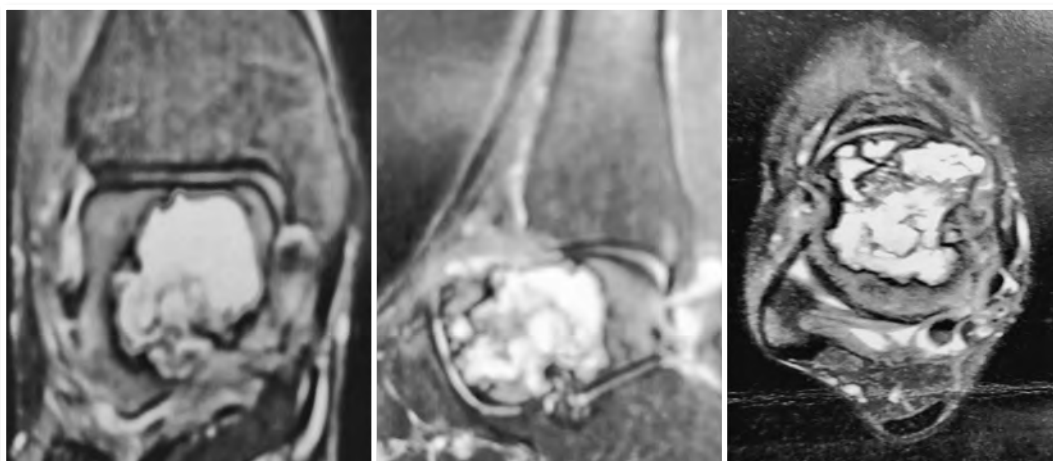


Figura 2. Ressonância magnética mostrando a extensão e agressividade da lesão

Após o estadiamento local, realizamos uma biópsia com agulha e o diagnóstico de cisto ósseo aneurismático foi confirmado.

O tratamento clássico foi indicado: ressecção intra-lesional (curetagem) da lesão + enxertia (enxerto autólogo retirado do íliaco).

Para acessar o tálus realizamos uma via de acesso medial com osteotomia do maléolo medial. Essa via de acesso (Figura 3) proporciona um bom acesso ao corpo do tálus, com boa visualização da lesão, ressecção com curetagem e preenchimento com enxerto retirado do íliaco (Figura 4).

Após a ressecção do tumor e preenchimento da cavidade com enxerto autólogo, realizamos a fixação do maléolo medial com 2 parafusos canulados (Figura 5).

No pós-operatório imobilizamos o tornozelo com uma tala gessada, até a retirada dos pontos (15 dias). Após a retirada dos pontos, orientamos a continuidade da imobilização, agora com órtese removível tipo *robofoot*, porém, mantendo a orientação para evitar carga nesse membro por 8 semanas, realizando controles periódicos de RX. O paciente encontra-se agora com um ano e meio de pós-operatório, sem sinais de recidiva do tumor e deambulando com carga total, sem limitações da função e sem dor. As complicações possíveis: recidiva, infecção, pseudoartrose da osteotomia e necrose do tálus foram mencionados ao paciente. A longo prazo, artrose do tornozelo também foi aventada com possibilidade no futuro.

DISCUSSÃO

O cisto ósseo aneurismático é uma lesão benigna com características agressivas locais e com baixo risco de recidiva, dependendo



Figura 4. Preenchimento com enxerto autólogo (seta)

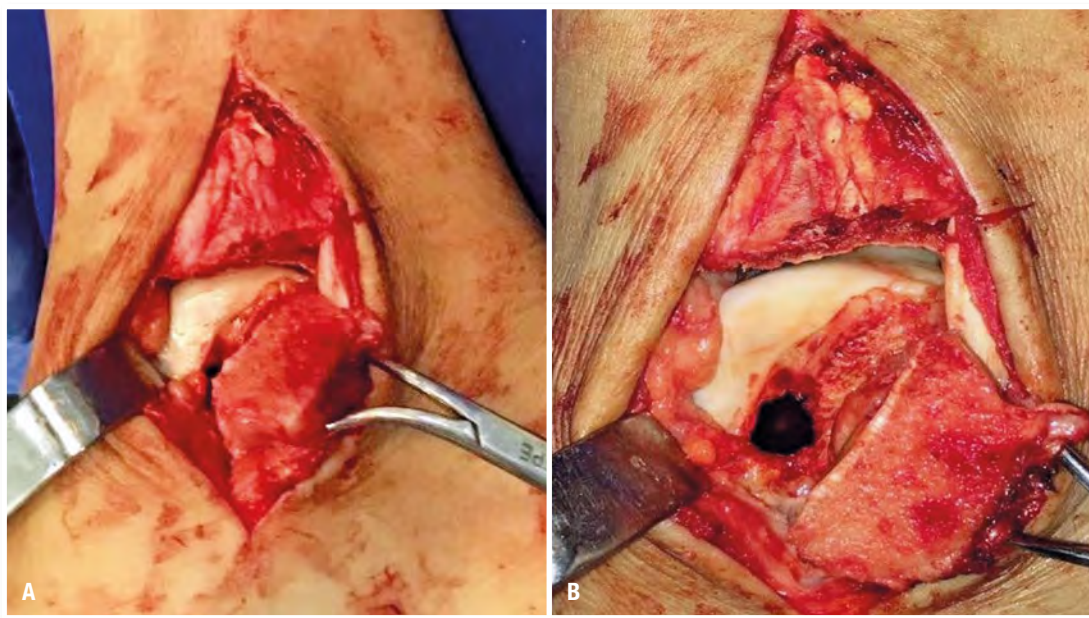


Figura 3. (A) Via de acesso medial do tornozelo com osteotomia do maléolo medial com boa exposição do corpo do talus. (B) Abertura de janela e acesso ao corpo do tálus e ao tumor



Figura 5. Fixação da osteotomia com 2 parafusos canulados e visualização do enxerto preenchendo todo o corpo do talus (2 meses pós-operatório)

da margem cirúrgica obtida. A região metafisária dos ossos longos é a sua localização mais frequente. A radiografia simples com imagem sugestiva e RM mostrando contornos lobulados e presença de níveis líquidos nas lojas do cisto, sugerem o seu diagnóstico⁴. A curetagem e enxertia é o tratamento de escolha. A localização atípica (tálus) nos desafia a pensar na melhor forma de abordar e o tratamento ideal para o sucesso oncológico e funcional do paciente. Nesse caso em especial, a preocupação com as possíveis complicações imediatas e tardias exigirá um acompanhamento a longo prazo. Geralmente, a recidiva do tumor pode ocorrer nos dois primeiros anos. Vencida essa fase, teremos que acompanhá-lo para avaliar as eventuais consequências para a cartilagem articular do tálus, com artrose do tornozelo e as suas consequências.

Apesar de o cisto ósseo aneurismático ser considerado uma lesão pseudotumoral, há situações em que ele se comporta como

uma lesão agressiva, como o caso apresentado. A conduta cirúrgica deve ser criteriosa, com ressecção cuidadosa da lesão e reconstrução conforme a localização e osso acometido.

REFERÊNCIAS

1. Jesus-Garcia Filho R. Diagnóstico e tratamento de tumores ósseos. 2ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 324-46.
2. Dahlin DC, Unni KK. Osteosarcoma of bone and its important recognizable varieties. *Am J Surg Pathol*. 1977;1(1):61-72.
3. Marcove RC, Sheth DS, Takemoto S, Healey JH. The treatment of aneurysmal bone cyst. *Clin Orthop Relat Res*. 1995;(311):157-63.
4. Hudson TM, Hamlin DJ, Fitzsimmons JR. Magnetic resonance imaging of fluid levels in an aneurysmal bone cyst and in anticoagulated human blood. *Skeletal Radiol*. 1985;13(4):267-70.