

# Osteocondroma cervical: relato de caso\*

SÉRGIO ZYLBERSZTEJN<sup>1</sup>, ORLANDO RIGUESSO<sup>2</sup>, LUCIANO RAMIRES<sup>3</sup>,  
PAULO CÉSAR NERY<sup>3</sup>, GUSTAVO KAEMPF DE OLIVEIRA<sup>3</sup>, RICARDO KAEMPF DE OLIVEIRA<sup>4</sup>

## RESUMO

Os autores apresentam um caso raro de osteocondroma na região cervical em um paciente masculino de 57 anos de idade. A principal queixa era de dor progressiva e aumento de volume na região cervical anterior. A exérese cirúrgica foi necessária devido à sintomatologia. A excisão dessas lesões é recomendada pela literatura. O paciente atualmente está assintomático.

**Unitermos** – Tumor ósseo; osteocondroma cervical

## SUMMARY

### *Cervical spine osteochondroma: case report*

*The authors present a rare case of a cervical spine osteochondroma in a 57-year-old male patient, whose main complaint was a progressive neck pain and an increasing anterior neck mass. They also review the literature. The patient was successfully treated with surgical excision.*

**Key words** – Bone tumor; cervical osteochondroma

## INTRODUÇÃO

Osteocondroma é um tumor ósseo benigno comum que perfaz cerca de 8,5% de todos os tumores ósseos e cerca de 40% dos tumores ósseos benignos. É também chamado de exostose osteocartilaginosa ou somente exostose.

Os osteocondromas predominam nas extremidades dos ossos longos e apresentam-se como tumores pequenos e as-

sintomáticos, muitas vezes descobertos por acaso, principalmente durante a infância ou adolescência.

Apresentam-se de forma solitária ou múltipla, sendo neste caso chamado de exostose múltipla ou osteocondromatose. A exostose múltipla ocorre esporadicamente e é mais encontrada na forma autossômica dominante, chamada de exostose múltipla hereditária.

A coluna vertebral é raramente afetada por osteocondromas, sendo a região cervical a de menor incidência. Osteocondromas cervicais têm sido relatados como causa de disfagia, dor local, síndrome de compressão vascular, aumento de volume regional, compressão medular. Há descrito um caso de morte súbita por secção medular causada por um osteocondroma situado no processo odontóide.

Apesar de raros, os osteocondromas devem sempre ser considerados um diagnóstico diferencial de massas na região cervical.

## RELATO DO CASO

SSB, masculino, 57 anos de idade, branco, solteiro, funcionário público, procedente e residente na cidade de Porto Alegre.

Paciente consultou em 6/94 por cervicalgia exacerbada aos movimentos, associada a episódios de cefaléia e parestesia das extremidades dos membros superiores. Apresentava diagnóstico prévio de exostose múltipla hereditária, não revelando o acometimento em familiares.

Ao exame físico apresentava osteocondromas no cotovelo esquerdo, punho direito, mãos (falanges) direita e esquerda, fêmur esquerdo proximal, joelhos direito e esquerdo, pé esquerdo, 5º e 7º arcos costais esquerdos e 5º vértebra cervical.

Na região cervical observou-se uma massa tumoral rígida aderida aos planos profundos e indolor à palpação (fig. 1). Os movimentos da coluna cervical estavam normais.

Realizaram-se radiografias da coluna cervical (fig. 2), evidenciando a presença de tumor na face lateral do corpo de C5. A investigação diagnóstica foi complementada com to-

\* Trab. realiz. no Serv. de Ortop. e Traumatol. da Irm. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Prof. Dr. Mário Dirani).

1. Orient. do Grupo de Col. Vert. da ISCMPA; Prof. da FFFCMPA.

2. Orient. do Grupo de Col. Vert. da ISCMPA.

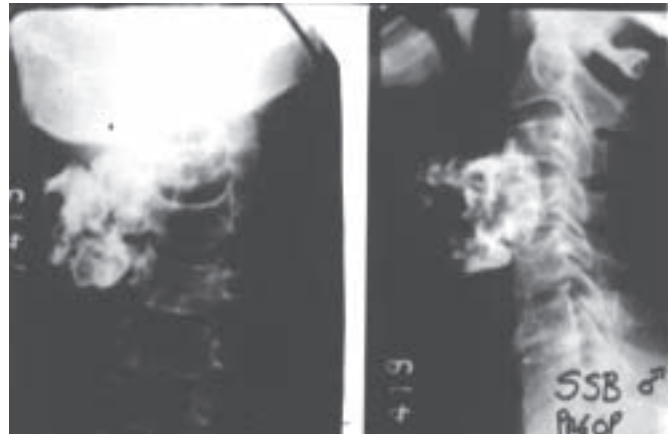
3. Resid. do Serv. de Ortop. e Traumatol. da ISCMPA.

4. Estag. do Serv. de Ortop. e Traumatol. da ISCMPA.

Endereço para correspondência: Sérgio Zylbersztein, Rua Santana, 205-302 – 90040-372 – Porto Alegre, RS. Tel. (051) 224-0036.



**Fig. 1** – Aspecto clínico do osteocondroma fazendo saliência na pele da região cervical direita



**Fig. 2** – Radiografia cervical em AP e P, mostrando a localização anterior e lateral direita do tumor



**Fig. 3** – Aspecto macroscópico do tumor (4,5 x 4,5 x 5,0cm)

mografia computadorizada, cintilografia óssea e arteriografia da região cervical. A cintilografia mostrou aumento da atividade metabólica na região de todos os osteocondromas e a arteriografia não evidenciou sinais de obstrução arterial nem vascularização tumoral.

Por tratar-se de um tumor com sintomatologia progressiva, optou-se pela ressecção cirúrgica. Realizou-se a cirurgia em 8/94, através de uma incisão longitudinal, ântero-lateral, via transplatisma, tendo sido afastado o feixe vasculonervoso para a linha média. Visibilizou-se o tumor, que tinha seu pedículo emergindo do corpo vertebral de C5. Foi ressecado o tumor em conjunto com seu pedículo. O espaço formado no corpo vertebral foi preenchido com cera óssea. O material foi encaminhado para o laboratório de patologia da FFFCMPA.

No pós-operatório o paciente evoluiu com a presença de síndrome de Claude Bernard Horner, com posterior regressão dos sintomas.

O laudo anatomopatológico descrevia um tumor macroscopicamente de 4,5/4,5/5,0cm e com o diagnóstico final de osteocondroma quiescente (fig. 3).

Atualmente, o paciente está em acompanhamento ambulatorial, com melhora total dos sinais e sintomas referidos anteriormente e sem qualquer sinal de recidiva tumoral.

## DISCUSSÃO

Osteocondromas são tumores ósseos comuns, benignos, geralmente assintomáticos, que acometem predominantemente a região metafisária dos ossos longos<sup>(11,19)</sup>. Caracterizam-se por falha no crescimento ósseo endocondral, manifestado por protuberâncias ósseas, recobertas por cartilagem hialina, ambas de aspecto histológico normal. A etiologia desses tumores é desconhecida.

A literatura mostra que o envolvimento da coluna vertebral é incomum, sendo a região cervical ainda mais rara<sup>(19)</sup>. Dos 321 casos descritos por Coplan, 11 acometiam a coluna, sendo somente 1 de localização cervical<sup>(3,11,19)</sup>.

Um a 4% dos pacientes com lesão solitária<sup>(1,3,6,18)</sup> e 9% dos pacientes da forma múltipla<sup>(1)</sup> apresentam osteocondromas na coluna vertebral. Destes, localizam-se na região cervical aproximadamente 30% e 50%, respectivamente<sup>(1)</sup>. Acometem geralmente os elementos do arco vertebral<sup>(19)</sup>.

São em sua maioria diagnosticados casualmente através de exame radiológico. Podem causar sinais e sintomas como

dor, compressão de raiz nervosa, disfagia por compressão esofágica, síndrome de compressão vascular, aumento de volume local e compressão medular<sup>(7,11,19-21,24)</sup>.

A compressão medular tem sido descrita duas vezes mais nos casos de exostoses múltiplas<sup>(1)</sup>. É uma lesão de aspecto radiológico típico. À radiografia apresenta-se como uma lesão bem delimitada e de bordas nítidas. Apresenta uma espessa camada cartilaginosa ao seu redor, o que explica ser a lesão vista durante o ato cirúrgico sempre mais volumosa que o aspecto radiológico.

A mielografia pode evidenciar uma compressão extradural nos pacientes com sinais e sintomas neurológicos; poucos pacientes têm sido descritos com mielografia normal<sup>(1,4,12,13)</sup>. A tomografia computadorizada é o exame diagnóstico de escolha, não somente por demonstrar tanto a parte óssea como a cartilaginosa, mas por ter uma clara definição da extensão do tumor, assim como sua relação com os elementos vertebrais<sup>(1,4,12,13,22)</sup>. O mesmo vale para a ressonância magnética<sup>(1,4,14,25)</sup>.

A indicação cirúrgica pode ser feita por várias razões: dor, impotência funcional, déficit neurológico, deformidade antiestética ou quando ocorrem sinais radiográficos de malignização<sup>(19)</sup>.

O tratamento cirúrgico deve abranger uma orla de osso normal ao redor da base do tumor juntamente com o perióstio e bolsa sinovial que o recobrem<sup>(19,23)</sup>. Mesmo sendo raras e devendo-se provavelmente à exérese incompleta do tumor primário<sup>(1,7,19,23)</sup>, as recidivas podem acometer cerca de 5% dos pacientes<sup>(8,11,17,19)</sup>. Essas recidivas podem ser precoces ou tardias, tendo sido descritas com 6 meses até 14 anos de pós-operatório<sup>(16,26)</sup>.

A malignização é rara, podendo ocorrer em 1 a 5% dos pacientes<sup>(11,15,19)</sup>. Nos pacientes com exostose múltipla hereditária, entretanto, a malignização pode ocorrer em 11 a 25%<sup>(2,5,9,10,19)</sup>.

A recorrência, o crescimento muito rápido e a queixa de muita dor podem indicar uma transformação maligna<sup>(1,18)</sup>. Esta geralmente transforma-se em condrossarcoma.

Em vista disso, é imprescindível que pacientes com exostose múltipla hereditária sejam acompanhados ambulatorialmente de rotina para detecções precoces de quaisquer suspeitas de malignização tumoral.

## REFERÊNCIAS

- Albrecht, S., Crutchfield, J.S. & Segall, G.K.: On spinal osteochondromas. *J Neurosurg* 77: 247-252, 1992.
- Crandall, B.F., Field, L.L., Sparkes, R.S. et al: Hereditary multiple exostoses. Report of a family. *Clin Orthop* 190: 217-219, 1984.
- Dahlin, D.C. & Unni, K.K.: *Bone tumors*, Springfield, Charles C. Thomas, 1986. p. 19-32 e 228-229.
- Fanney, D., Tehranzadeh, J., Quencer, R.M. et al: Case report 415. Osteochondroma of the cervical spine. *Skeletal Radiol* 16: 170-174, 1987.
- Garrison, R.C. et al: Chondrosarcoma arising in osteochondroma. *Cancer* 49: 1890-1897, 1982.
- Geschickter, C.F. & Copeland, M.M.: *Tumors of bone*, Philadelphia, J.B. Lippincott, 1949. p. 40-55.
- Glassauer, F.E.: Benign lesions of the cervical spine. *Acta Neurochir* 42: 161-175, 1978.
- Gokay, H. & Bucy, P.L.: Osteochondroma of the lumbar spine: report of a case. *J Neurosurg* 12: 72-78, 1955.
- Huvos, A.G.: "Multiple osteochondromatous exostosis (hereditary multiple exostosis, diaphyseal aclasis)", in *Bone tumors, diagnosis, treatment and prognosis*, 2nd ed., Philadelphia, Saunders, 1991. p. 264-268.
- Jaffe, H.Z.: Hereditary multiple exostosis. *Arch Pathol* 36: 335-337, 1943.
- Lichenstein, L.: *Bone tumors*, St. Louis, C.V. Mosby, 1977.
- Marchand, E.P., Villemure, J.G., Rubin, J. et al: Solitary osteochondroma of the thoracic spine presenting as spinal cord compression. A case report. *Spine* 11: 1033-1035, 1986.
- Mirra, J.M., Picci, P. & Gold, R.H.: *Bone tumors. Clinical, radiologic, and pathologic correlations*, Philadelphia, Lea & Febiger, 1989. p. 1626-1659.
- Morikawa, F., Hozen, H., Nakane, K. et al: Myelopathy due to osteochondroma: MR and CT studies. *J Comput Assist Tomogr* 14: 128-130, 1990.
- O'Connor, G.A. & Roberts, T.S.: Spinal cord compression by an osteochondroma in a patient with multiple osteochondromatosis. *J Neurosurg* 60: 420-423, 1984.
- Pecker, J., Vallée, B., Desplat, A. et al: L'abord interscaléniqne des tumeurs des trous de conjugaison cervicaux. *Neurochirurgie* 26: 165-170, 1980.
- Rose, E.G. & Fekete, A.: Odontoid osteochondroma causing sudden death. *Am J Pathol* 42: 606-609, 1964.
- Schajowicz, F.: *Tumors and tumor-like of bone and joints*, New York, Springer-Verlag, 1981. p. 121-133.
- Scher, N. & Panje, W.R.: Osteochondroma presenting as a neck mass: a case report. *Laryngoscope* 98: 550-553, 1988.
- Spallane, A., DiLorenzo, N., Nardi, P. et al: Spinal osteochondroma diagnosed by computed tomography. *Acta Neurochir (Wien)* 58: 105-114, 1981.
- Tachdjian, M.S.: "Multiple cartilaginous exostoses", in *Pediatric orthopedics*, Philadelphia, Saunders, 1990. p. 1172-1190.
- Tajima, K., Nishida, J., Yamazaki, K. et al: Case report 545. Osteochondroma (osteochondromatous exostosis) cervical spine with cord compression. *Skeletal Radiol* 18: 306-309, 1989.
- Tapia, G.: Osteochondroma; exostosis osteo-cartilaginosa. *Rev Fac Cienc Med Cuenca (Ecuador)* 17: 74-96, 1988.
- Waine, Z.Mc.: Hereditary multiple exostoses. *AFP Radiographic Highlights* 38: 191-192, 1988.
- Wen, D.Y., Bergman, T.A. & Haines, S.J.: Acute cervical myelopathy from hereditary multiple exostoses: case report. *Neurosurgery* 25: 472-475, 1989.
- Yablon, J.S.: Osteochondroma of the vertebral column. *Neurosurgery* 27: 659-660, 1990.