

## Exérese de osteocondroma Cirurgia sempre fácil ou sempre difícil?

Vânia Oliveira, Luís Costa, Daniel Freitas, Ricardo Aido, Pedro Cardoso

*Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Centro Hospitalar do Porto.  
Hospital de Santo António. Porto. Portugal.  
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Portugal.*

**Vânia Oliveira**

**Luís Costa**

**Daniel Freitas**

**Ricardo Aido**

**Daniel Soares**

**Luciana Leite**

Internos do Complementar de Ortopedia

**Pedro Cardoso**

Assistente Hospitalar Graduado

Serviço de Ortopedia e Traumatologia do

Centro Hospitalar do Porto

Hospital de Santo António. Porto

Instituto de Ciências Biomédicas Abel

Salazar. Universidade do Porto

**Submetido em:** 3 fevereiro 2012

**Revisto em:** 3 maio 2012

**Aceite em:** 3 maio 2012

**Publicação eletrônica:** 10 julho 2012

**Tipo de estudo:** Terapêutico

**Nível de evidência:** IV

**Declaração de conflito de interesses:**

Nada a declarar.

**Correspondência:**

Vânia Oliveira

Centro Hospitalar do Porto

Hospital Santo António

Largo Prof. Abel Salazar

4099 001 Porto

Portugal

vaniacoliveira@gmail.com

### RESUMO

**Objetivo:** o osteocondroma é um tumor benigno cujo crescimento é interrompido com o encerramento das fises. O diagnóstico é imagiológico e são considerados “usually leave me alone lesions”.

Os autores apresentam 10 osteocondromas que, pelo tamanho e localização, constituíram desafios cirúrgicos.

**Material e Métodos:** de janeiro 2005 a dezembro 2011, dez osteocondromas foram propostos para cirurgia devido à localização e dimensão.

Foram registados os seguintes parâmetros: indicação cirúrgica, volume de massa, localização, dificuldade técnica, resultado anatomopatológico, complicações e recidiva.

**Resultados:** em todos os casos a localização e o tamanho indicaram a exérese cirúrgica e constituíram cirurgia de dificuldade acrescida pela abordagem cirúrgica e necessidade de preservação das estruturas neurovasculares.

O tempo médio de follow up foi de 3,3 anos. Não ocorreram complicações ou recidivas.

**Conclusão:** na prática clínica as exéreses de osteocondromas consideradas fáceis são as que não têm indicação cirúrgica e, por isso, que deveriam ser “leave me alone lesions”. Os casos apresentados permitem verificar que os osteocondromas com indicação cirúrgica, quer pela localização, extensão ou conflito com estruturas neurovasculares adjacentes, são sempre de difícil execução técnica.

### Palavras chave:

Tumor benigno, osteocondroma, exérese cirúrgica, leave me alone lesions.

## ABSTRACT

*Aim: Osteochondroma is a benign tumor whose growth stops with physis closure. The imaging study is diagnostic and osteochondromas are considered "usually leave me alone lesions".*

*Authors present 10 osteochondromas, all of them presenting surgical challenges due to their location.*

*Patients and Methods: From January 2005 to December 2011 ten osteochondromas were selected to surgical treatment for their size and related symptoms.*

*The following parameters were evaluated: indication for surgery, volume, anatomical location, technical difficulty, pathologic outcome, complications and recurrence rate.*

*Results: In all cases the location and size indicated surgical excision and the need to preserve adjacent structures and neurovascular bundles increased surgical difficulty.*

*The average follow-up was 3.3 years. There were no complications or recurrences.*

*Conclusion: In clinical practice osteochondromas excision considered surgically easy and technically low demanding have no indication for surgical treatment and, therefore, should be leave-me-alone-lesions. The presented cases show that osteochondroma anatomical location, extent or adjacent structures conflict indicate surgical treatment and these are always technically high demanding and difficult.*

### **Key words:**

*Benign tumor, osteochondroma, surgical excision, leave me alone lesions.*

## INTRODUÇÃO

O osteocondroma é um tumor benigno que provavelmente resulta de um desvio da cartilagem epifisária que hernia através de um defeito do periósseo e cresce com uma direção de cerca de 90° em relação à direção do crescimento normal. Pode aparecer entre os 17 meses e os 16 anos de idade e o encerramento das fises interrompe o crescimento.

Após a exérese cirúrgica não é habitual registrar-se recidiva do osteocondroma. No entanto, estas podem ocorrer (2%?) presumivelmente por exérese incompleta do revestimento cartilágneo ou do periósseo que o recobre. Quando solitário o risco de malignização é 1 a 2%, no entanto, como esta é uma lesão maioritariamente assintomática, esta percentagem pode ser consideravelmente menor. Na osteocondromatose a percentagem varia de 5 a 25%.

O primeiro sinal é a presença de uma tumefação com longo tempo de evolução. Ocasionalmente há dor. Esta pode ser por conflito com um feixe neurovascular, fratura do pedículo, enfarte ósseo, inflamação da bolsa que o recobre ou degenerescência sarcomatosa. O diagnóstico é imagiológico e são considerados "usually leave me alone lesions".

Os autores apresentam 10 osteocondromas operados na Unidade de Neoplasias Musculoesqueléticas que, pela sua localização, constituíram desafios cirúrgicos e reforçam a convicção de que sempre que a exérese cirúrgica é necessária revela-se tecnicamente exigente e complicada.

## MATERIAL E MÉTODOS

De janeiro 2005 a dezembro 2011 foram operados 10 osteocondromas que cirurgicamente constituíram desafios técnicos. Não foram incluídos casos de osteocondromatose.

Verificaram-se 8 doentes do sexo masculino e 2 feminino, com a média de idade de 26,7 anos (6-53 anos).

Foram registados os seguintes parâmetros: indicação cirúrgica, volume de massa, localização, dificuldade técnica, resultado anatomo-patológico, complicações e recidiva.

Da análise do Quadro I verifica-se que 4 osteocondromas se localizavam no cavado poplíteo (tíbia e/ou perónio), 3 na face interna do fémur proximal, 1 na omoplata e 2 no úmero proximal. Uma das lesões localizada no úmero proximal apresentava 3 proeminências: medial, postero-interno superior e postero-lateral inferior.

## RESULTADOS

A exérese cirúrgica das lesões no cavado poplíteo foram tecnicamente exigentes pelo tamanho e pela necessidade de preservação das estruturas neurovasculares (Figura 1). Num doente com volumoso osteocondroma da tíbia envolvendo o perónio proximal foi necessário fazer osteotomia distal ao colo do perónio e exérese segmentar de cerca 7cm da diáfise proximal do perónio (Figura 2).

No fémur proximal, em 2 doentes verificou-se bursite extensa e, num dos casos, a extensão posterior constituiu o principal desafio pela proximidade do nervo ciático (Figura 3).

Na omoplata a extensão anterior a partir da espinha elevou a dificuldade cirúrgica.

No úmero proximal, no osteocondroma com 3 proeminências volumosas a principal dificuldade foi a escolha da abordagem (posterior) para a exérese total a um só tempo e a presença do nervo circunflexo. No outro osteocondroma do úmero proximal não a exérese completa foi possível em 2 tempos cirúrgicos (Figura 4).

Quadro I. Descrição da amostra.

Doente	Sexo	Idade	Meses FU	Localização	Volume
1	M	44	54	Colo femoral	35,85
2	M	33	66	Tíbia proximal	24
3	M	33	84	Pequeno trocater	21
4	F	8	30	Perónio proximal	63
5	M	21	72	Tíbia proximal	222,25
6	M	40	42	Tíbia proximal	26,4
7	F	14	18	Omolata direita	49,98
8	M	53	12	Fémur proximal	196
9	M	15	3	Úmero proximal	541,6
10	M	6	17	Úmero proximal	59,8

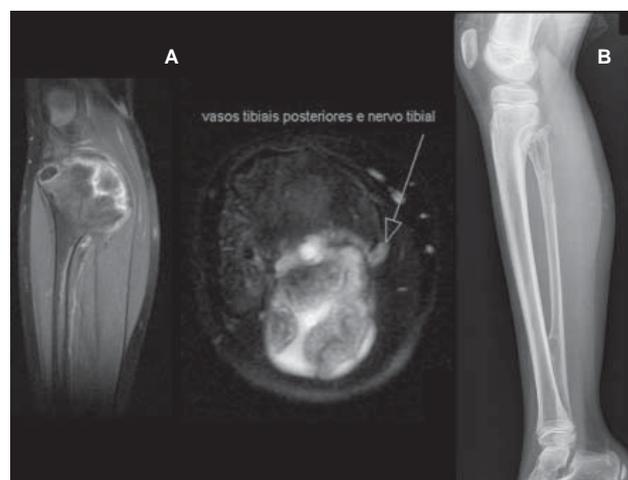
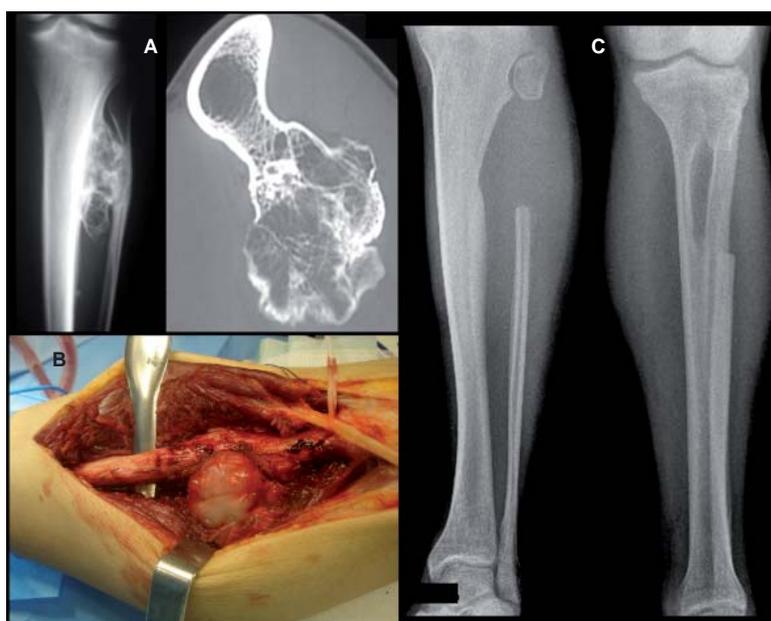
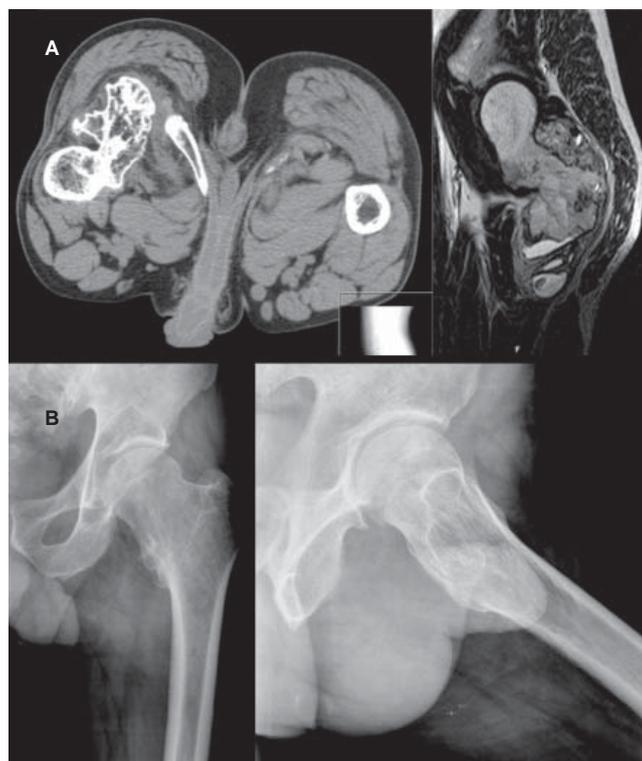


Figura 1. A) Doente do sexo feminino de 8 anos de idade com volumoso osteocondroma do perónio proximal direito com extensão para a região do cavado poplíteo e 1/3 proximal e posterior da perna. B) Rx de perfil pós-operatório.



**Figura 2.** A) Doente masculino de 21 anos com volumoso osteocondroma no cavado poplíteo esquerdo, tíbia proximal com envolvimento do perónio (de notar o perónio remanescente). B) Aspecto per-operatório com isolamento do nervo femoral comum. C) Rx pós-operatório: para a exérese total da lesão foi necessária osteotomia segmentar do perónio distal ao colo com exérese de cerca de 7cm da diáfise do perónio proximal.



**Figura 3.** A) Doente masculino de 53 anos com osteocondroma do fémur proximal esquerdo com origem no pequeno trocanter e extensão posterior à nádega e raiz da coxa. B) Pós-operatório com exérese total da lesão.



**Figura 4.** Doente masculino de 6 anos com volumoso osteocondroma proximal do úmero esquerdo que, para a exérese total da lesão, foi submetido a 2 tempos cirúrgicos, um para cada proeminência.

Em todos os casos esteve presente o risco de fragilização cortical com potencial risco de fratura (superior nos ossos de carga).

O tempo médio de *follow up* foi 3,3 anos e o volume de massa foi  $\geq 21\text{cm}^3$  com média de  $124\text{cm}^3$  (21-541,6).

Em todos os doentes a exérese cirúrgica foi completa, não houve lesões de estruturas nobres e o resultado radiológico foi excelente. Os resultados anatomo-patológicos não revelaram malignização. Não se verificou nenhuma limitação funcional ou recidiva.

## DISCUSSÃO

Classicamente o osteocondroma é considerado uma “usually leave me alone lesion” mas, devido à dor ou dismorfia, é necessário fazer a exérese cirúrgica.

Em todos os casos avaliados a localização e o volume de massa indicaram a exérese cirúrgica e constituíram cirurgia de dificuldade acrescida pela abordagem e necessidade de preservação das estruturas neurovasculares adjacentes.

A exérese cirúrgica do osteocondroma é considerada uma cirurgia de baixo grau de dificuldade. Na prática clínica as exéreses consideradas fáceis são as que não têm indicação cirúrgica e, por isso, que deveriam ser “leave me alone lesions”. Os casos apresentados permitem induzir que quando os osteocondromas têm indicação cirúrgica, pela localização, volume de massa e conflito com estruturas neurovasculares adjacentes, esta é sempre de difícil execução técnica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campannacci, M. Tumori della Ossa e delle Parti Molli. Aulo Gaggi Edittori, Bologna; 1987.
2. Canale, S. T., Beaty, J. H. Campbell's Operative Orthopaedics. C. V. 11th ed. Mosby; 2007.
3. Dahlin, D. C. Tumores Ósseos. 1ª ed. Ediciones Toray SA, Barcelona; 1969.
4. Casanova, J. Sarcomas do Aparelho Locomotor. Ediliber Gráfica, Coímbra; 1997.
5. Dorfman, H. D., Czerniak, B. Bone Tumors. St. Louis: Mosby; 1998.
6. Enneking, W. F. Musculoskeletal Tumor Surgery. New York: Churchill Livingstone; 1983.
7. Serra, L. M.A. Critérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia. 2ª ed. Lidel Edições Técnicas Lda; 2001.
8. Simon, M. A., Springfield, D. Surgery for Bone and Soft Tissue Tumors. 2nd ed. Lippincott Raven Publishers, Philadelphia; 1998.

---

Texto em conformidade com as regras do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, convertido pelo programa Lince (© 2010 - ILTEC).