Tumor de Células Marrons: relato de caso

Brown cell tumor: a case report

Natália Machado Mildner[1], Roxana Carcunchinski Motta[2],
Jane Machado Mildner[3], Adriana Rocha Gonzatti[4]

RESUMO

O tumor marrom é uma lesão localizada de células gigantes associadas ao hiperparatireoidismo primário ou secundário, podendo se tornar invasivo em alguns casos, mas sem potencial neoplásico. Este estudo descreve o caso clínico de um paciente masculino com 48 anos de idade que apresentava dores ósseas e articulares durante alguns meses e lesões ósseas na bacia e coluna relacionadas a implantes neoplásicos secundários, diagnosticados como tumor de Células Marrons. O objetivo deste estudo é realizar a descrição do caso clínico e a revisão bibliográfica de um paciente com hiperparatireoidismo e diagnosticado como tumor marrom de arcos costais, que foi acompanhado no Hospital de Caridade de Ijuí/RS, no período de 2013 a 2014.

UNITERMOS: Células gigantes, Hiperparatireoidismo, Pelve, Costelas.

ABSTRACT

A brown tumor is a localized lesion of giant cells associated with primary or secondary hyperparathyroidism, which may become invasive in some cases, but without neoplastic potential. This study describes the case of a 48-year-old male patient who had bone and joint pain for a few months and bone lesions in the pelvis and spine related to secondary neoplastic implants, diagnosed as brown cell tumor. The aim of this study is to carry out the description of the case and a bibliographic review of a patient with hyperparathyroidism and diagnosed as with brown tumor of the ribs, which was accompanied in the Charity Hospital of Ijuí, RS from 2013 to 2014.

KEYWORDS: *Giant Cells, Hyperparathyroidism, Pelvis, Ribs.*

INTRODUÇÃO

O tumor marrom é uma lesão localizada de células gigantes associadas ao hiperparatireoidismo primário ou secundário, podendo se tornar invasivo em alguns casos, mas sem potencial neoplásico (1). Deve ser diferenciado de outros tumores ósseos da face, como o tumor das células gigantes verdadeiro, o granuloma de células gigantes e o cisto ósseo aneurismático (2).

Como outros diagnósticos diferenciais, há algumas lesões benignas que apresentam células gigantes multinucleadas no interior de seu estroma, tais como: granuloma central de células gigantes (GCCG), granuloma periférico de células gigantes (GPCG), cisto ósseo aneurismático, tumor marrom do hiperparatireoidismo e querubismo. Essas células gigantes multinucleadas possuem atividade osteoclástica, ocasionando reabsorção óssea (1).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico e realizar a revisão bibliográfica de um paciente com hiperparatireoismo e diagnosticado com Tumor Marrom, que foi acompanhado no Hospital de Caridade de Ijuí/RS (HCI), no período de 2013 a 2014.

[1] Médica Residente do Serviço de Medicina Interna no Hospital Caridade de Ijuí/RS.
[2] Médica Residente em Cardiologia no Hospital São Vicente em Passo Fundo/RS.
[3] Cirurgiã-Dentista e Mestre em Ortodontia e Ortopedia Facial e Funcional dos Maxilares. Especialista em Saúde Coletiva em Odontologia.
[4] Médica Patologista.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 48 anos, residente na cidade de Condor/RS. Na história mórbida pregressa, apresentava as seguintes morbidades: insuficiência renal crônica, para a qual realiza hemodiálise há 1 ano e meio na cidade de Cruz Alta, hipertensão arterial, infarto em 2013 com colocação de 4 stents e ex-tabagista. História familiar de câncer de próstata e mãe com câncer cerebral. Por apresentar dores ósseas e articulares durante alguns meses, realizou Ressonância Nuclear Magnética (25/9/13), a qual evidenciou lesões ósseas na bacia e coluna relacionadas a implantes neoplásicos secundários, fazendo diagnóstico diferencial com tumor marrom e hiperparatireoidismo.

Após alguns dias, o paciente referiu piora da dor em arcos costais posteriores e começou a apresentar astenia. Após, foi encaminhado ao HCI no dia 28/10/13; depois de 3 dias de internação na cidade de origem, para investigação de dor óssea e articulares e posterior realização de exames investigativos, Tabela 1. Nesta internação, realizou Cintilografia Óssea, que constatou processos secundários nos arcos costais e ramo isquiopúbico direito. Realizou Cintilografia das paratireoides, a qual evidenciou hiperplasia da paratireoide inferior direita e captação do contraste pela face posterior do 8º arco costal esquerdo e ramo isquiopúbico direito, sugerindo averiguar a possibilidade de tumor marrom da paratireoide. RNM normal e Tc de tórax com derrame pericárdico pequeno, aumento nas dimensões cardíacas; proeminência de vascularização pulmonar bilateral e fratura patológica arco costal esquerdo. Na mesma internação, foi realizado Core biópsia óssea guiada por TC de nódulo costal à esquerda, que evidenciou neoplasia de células mesenquimatosas fusiformes, junto a células gigantes multinucleadas dispersas. Com essa informação, foram solicitados exames complementares laboratoriais de dosagem bioquímica de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina, cujos valores determinados estavam em níveis alterados, sugerindo a possibilidade de Tumor Marrom com hiperparatireoidismo. Recebeu alta hospitalar no dia 30/10/13 e seguimento ambulatorial.

Tabela 1 – Exames realizados na admissão hospitalar (28/10/13) – Aumento acentuado dos níveis de PTH.

Proteína de Bence Jones	Negativo
Eletroforese de proteínas	Proteínas totais 7 g/dL (6,4 a 8,3 g/dL) Albumina 3,5 g/dL (3,5 a 5,0 g/dL) Alfa 1 globulina 0,48 g/dL (6,8%) (ref: 3 a 7%) Alfa 2 globulina 0,62 g/dL (8,8%) (ref: 6 a 12%) Beta 1 globulina 0,36 g/dL (5,2%) (ref: 10 a 15%) Beta 2 globulina 0,39 g/dL (5,5%) (ref: 10 a 15%) Gama globulina 0,76 g/dL (11,3%) (ref: 11 a 21%)
PTH	868,2 pg/ml (4 a 58 pg/ml)

Tabela 2 – Exames realizados na 2ª admissão hospitalar (4/11/13) – Podemos observar piora da função renal.

Creatinina	13,22
Uréia	137
EQU	Proteínas +++, bacteriúria rara, demais sp.

Paciente reinternou no HCI no dia 4 de novembro de 2013 por dispneia, tosse seca e dor ventilatório-dependente à esquerda e dor no local onde realizou a biópsia óssea no arco costal e exames complementares, Tabela 2. Nesse dia, apresentou pressão arterial descompensada (200/110 a 180/100), crepitantes em bases pulmonares, leucograma normal e Rx tórax com infiltrado difuso, mais em bases, sugestivo de congestão pulmonar. No exame físico, apresentava mucosas hipocoradas e acianóticas, sem linfonodomegalias; abdome globoso, ruídos hidroaéreos e sem dor à apalpação. Realizou eletroforese de proteínas sem alterações significativas. TC de coluna: lesões osteolíticas S3 e L5; TC quadril direito com lesões osteolíticas ilíaco direita e isquiopúbica direita; TC tórax evidencia fratura patológica do 8º arco costal esquerdo; nódulo em T11 medindo 1,6 x 1,3, sugestivo de tumor marrom e lesões líticas no corpo vertebral em L2 e L3, relacionadas a nódulos de Schmmol. Nesse momento, as hipóteses diagnósticas foram Mieloma Múltiplo não secretor e Tumor de Células Marrons. Para confirmação diagnóstica, foram realizados biópsia de medula óssea, aspirado medular e imuno-histoquímico. A biópsia de medula óssea torácica evidenciou neoplasia de células fusiformes, com presença de células gigantes multinucleadas. Recebeu alta no dia 8/11/13, aguardando imuno-histoquímico de biópsia de fragmento ósseo, solicitado USG abdome total e retorno em 15 dias.

No retorno ao Hospital HCI em 15 dias, paciente trouxe USG abdome total, que evidenciou sinais de nefropatia crônica, nefrolitíase à direita; pequenos cistos rim esquerdo e colelitíase. Imuno-histoquímico usando EDTA confirma a hipótese de Tumor Marrom (Figuras 1 e 2).

Atualmente, paciente mantém acompanhamento semestral no setor de Urologia do HCI. Apresenta-se livre da doença e não apresenta queixas urológicas.

DISCUSSÃO

As lesões de células gigantes acometem com maior frequência pessoas do sexo feminino (4), diferentemente do que foi observado no relato do caso clínico citado.

O cisto ósseo aneurismático, tumor marrom do hiperparatireoidismo, granuloma e tumor de células gigantes podem apresentar-se clínica e radiograficamente semelhantes (7). Portanto, a observação diferencial do curso clínico e aspectos radiográficos deste grupo de lesões devem ser atentados para não se cometerem erros graves na condução terapêutica ou cirúrgica do caso (7).

A maior dificuldade diagnóstica baseia-se no fato de que o aspecto histopatológico das lesões de células gigan-

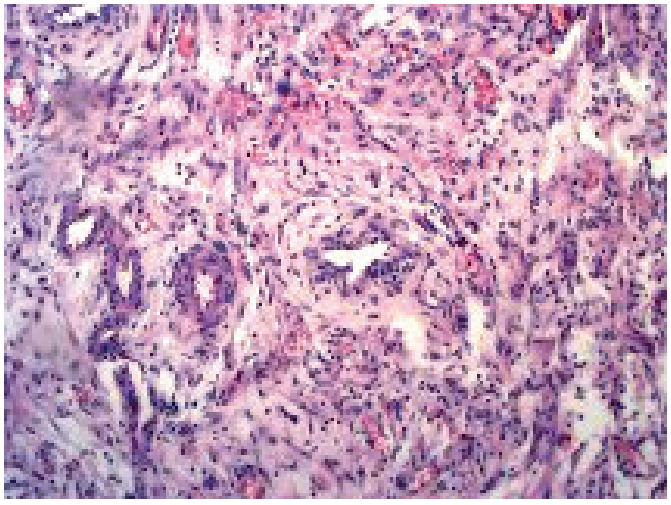


Figura 1 – Imuno-Histoquímico (lâmina 1) – Coloração hematoxilina e eosina (HE) com 10X de aumento.
Evidencia proliferação de estruturas vasculares e de pericitos.

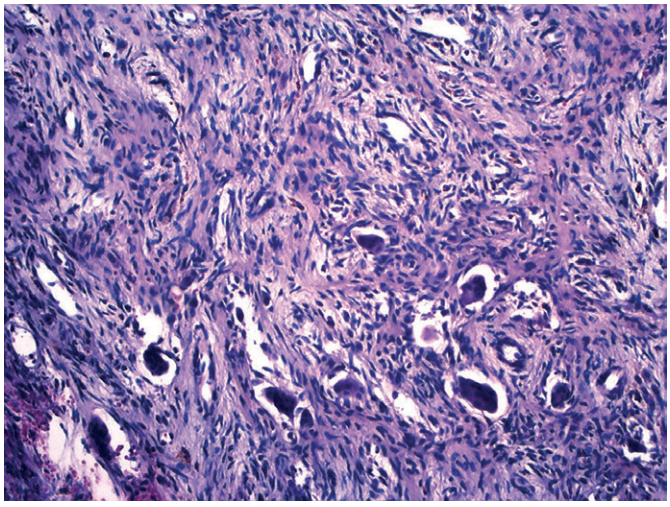


Figura 2 – Imuno-histoquímico (lâmina 2) – Coloração hematoxilina e eosina (HE) com 10X de aumento. Evidencia proliferação de células gigantes do tipo osteoclásticas.

tes centrais é idêntico ao do tumor marrom do hiperparatireoidismo, o qual se desenvolve quando o paratormônio é continuamente produzido em resposta a hiperplasias nas glândulas paratireoides ou a níveis cronicamente baixos de cálcio sérico, provocados por doença renal. Nessas circunstâncias, a presença em excesso do paratormônio levaria o tecido ósseo a reabsorções produzindo níveis sanguíneos aumentados de cálcio (3,5), motivo pelo qual se justifica a realização de exame bioquímico do sangue para dosagem da calcemia e definição do diagnóstico, que, no caso de lesões centrais de células gigantes centrais isoladas, estaria normal.

O diagnóstico diferencial constitui-se como uma valiosa ferramenta para guiar o clínico na correta conduta terapêutica das lesões de células gigantes do complexo maxilo-mandibular. Para tal, deve-se considerar, em seus aspectos clínico-radiográficos: localização periostal, em GPCG, ou endosteal no GCCG (4); história de trauma com relação ao cisto ósseo aneurismático (9); possíveis alterações endócrinas, especificamente o hiperparatireoidismo como etiologia para lesões de células gigantes nos maxilares (10). Para a maioria dos casos, é necessária a realização de biópsia para se estabelecer o diagnóstico.

As características comuns observadas na descrição microscópica dos espécimes corroboram o que é relatado pela literatura (11,12). Foi observada a presença de um variado número de células gigantes multinucleadas, estroma fibroso mesenquimal com células de formas variadas, áreas de extravasamento de eritrócitos e depósitos de hemossiderina em todas as lesões, variando, eventualmente, a quantidade e a disposição de cada material.

Em adesão à análise histológica, o profissional deve solicitar exames complementares, tais como cálcio, fosfatase alcalina, sódio, potássio e níveis de PTH intacto. Tal avaliação mostrou-se de fundamental importância para realizar-se o diagnóstico diferencial entre tumor marrom do hiperparatireoidismo e as demais lesões de células gigantes multinucleadas (13)

O hiperparatireoidismo de qualquer etiologia pode resultar em uma lesão óssea focal, denominada de "tumor marrom", que comumente afeta a mandíbula, fêmur, pelve e costelas (1).

Clinicamente, representa uma lesão de crescimento lento, que pode ser localmente destrutiva, resultando em uma variedade de sintomas, como uma significante dor óssea e fraturas patológicas (14), o que está de acordo com o caso em questão.

COMENTÁRIOS FINAIS

Para se obter sucesso no tratamento do Tumor Marrom, é imprescindível o correto diagnóstico da patologia a ser tratada. Para isso, deve-se usar, criteriosamente, todos os recursos como uma boa anamnese, exame físico e exames complementares, levando-se em consideração a necessidade de diagnóstico diferencial entre doenças que possuam aspectos semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. Nogueira RLM, Cavalcante RB, Carvalho ACG de S, Cost FWG. Lesão de células gigantes: Um estudo do diagnóstico diferencial em 04 casos clínicos. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. v.4, n.2, p. 73 - 145, abr/jun - 2004.
2. Pinto MC, Sass SMG, Sampaio CPP, Campos DS. Tumor marrom em paciente com hiperparatireoidismo secundário à insuficiência renal crônica. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Braz. J. Otorhinolaryngol. (Impr.) vol.76 no.3 São Paulo May/June 2010.
3. Alvarado F, Waguespack SG, Campbell JH, Williams TP. Expansible intraosseous lesion of the mandible. J Oral Maxillofac Surg. 2003; 61(11): 1318-23.
4. Bryan,S; Bouquot, J.E. Identification and semi-quantification of estrogen and progesterone receptprs in peripheral giant cell lesions of the jaws. J Periodontol, 65: 280-3,1994.

5. Castro AL AL. Estomatologia. 3ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000. 243p.
6. Castro AL; Castro EVFL; Crivelini MM; De Carli JP. Diagnóstico e tratamento da lesão de células gigantes central: relato de caso. Revista Odontológica de Araçatuba, v. 27; n.1;p. 09-13, Jan/jun, 2006
7. Weiss, RR et al., Maxillary brown tumor of secondary hyperparathyroidism in a hemodialysis patient. Jama**,** 243(19): 1929-30, 1980.
8. Roberson, JB et al. The diagnosis and treatment of central giant cell granuloma. Jada, 128: 81 4, 1997.
9. Arden, RL et al. Mandibular aneurysmal bone cyst associated with fibrous-dysplasia. Otolaryngol Head Neck Surg, 117 (6): 153-6,1997.
10. Okada, H et al. Brown Tumor of the maxilla in a patient with secondary hyperparathyroidism: a case study involving immunohistochemistry and electron microscopy. J Oral Maxillofac Surg 58: 233-8, 2000.
11. Progrel, MA et al. Calcitonin treatment for central giant cell granulomas of the mandible: report of two cases. J Oral Maxillofac Surg, 57: 848-53,1999.
12. Chiba, I et al. Conversion of a traumatic bone cyst into central giant cell granuloma: implications for pathogenesis-a case report. J Oral Maxillifac Surg, 60: 222-5, 2002.
13. Harris SM Central giant cell granulomas of the jaws regress with calcitonin terapy. British J Oral Maxillofac Surg, 31: 89-94,1993.
14. Kar, DK et al. Brown Tumor of the palate and mandible in association with primary hyperparathyroidism. J Oral Maxillofac Surg, 59: 1352-4, 2001.

✉ Endereço para correspondência
Natália Machado Mildner
Rua Missões, 467
98.801-430 – Santo Ângelo, RS – Brasil
☎ (55) 8109-6771
💻 nati19mm@hotmail.com
Recebido: 31/1/2015 – Aprovado: 28/7/2016