

Lesões Ósseas de Novo: Quando a Origem Não é a Mais Evidente

Bone Lesions Again: When the Source is Not the Most Obvious

Marta Vaz Batista¹, Sofia Braga²

Autor Correspondente:

Marta Vaz Batista [marta.vaz@hff.min-saude.pt]
IC 19, 2720-276 Amadora, Portugal

RESUMO

É apresentado o caso de uma doente de 50 anos com diagnóstico concomitante de esclerose sistémica e neoplasia da mama em estágio precoce. Em exames complementares são detetadas lesões ósseas no esqueleto axial. Surge a dúvida diagnóstica de qual a doença primária que está na base destas alterações. Conclui-se tratar-se de envolvimento ósseo da esclerose sistémica que, apesar de raro na localização onde surgiu, se encontra descrito na literatura.

PALAVRAS-CHAVE: Densidade Óssea; Esclerodermia Sistémica; Neoplasias da Mama

ABSTRACT

Here is presented a 50-year-old female patient diagnosed with both systemic scleroderma and breast cancer- initial stage. New onset of bone lesions in the axial skeleton are discovered in a routine imagological exam. It raises the question of which primary disease causes these findings. It is concluded that they are related to systemic scleroderma, besides bone is a rare site of manifestation of this disease, especially in the axial skeleton.

KEYWORDS: Bone Density; Breast Neoplasms; Scleroderma, Systemic

INTRODUÇÃO

O caso clínico que abaixo se descreve surgiu de uma consulta de segunda opinião, a propósito de alterações ósseas encontradas num exame de imagem, e enfatiza a necessidade de se pensar em causas raras para determinada manifestação clínica/achado imagiológico, principalmente quando a justificação mais óbvia parece não se encaixar no quadro.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, com 50 anos, casada, natural e residente em Lisboa.

Antecedentes Pessoais: Fumadora de 0,5 unidades maço ano, nega hábitos alcoólicos ou toxicofílicos.

História da doença atual: Doente em aparente saúde até 2008, altura em que inicia quadro de cianose alternada

1. Oncologia Médica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal. 2. Unidade de Mama, Instituto CUF Oncologia, Lisboa, Portugal.

Recebido: 12/07/2017 - Aceite: 05/09/2017

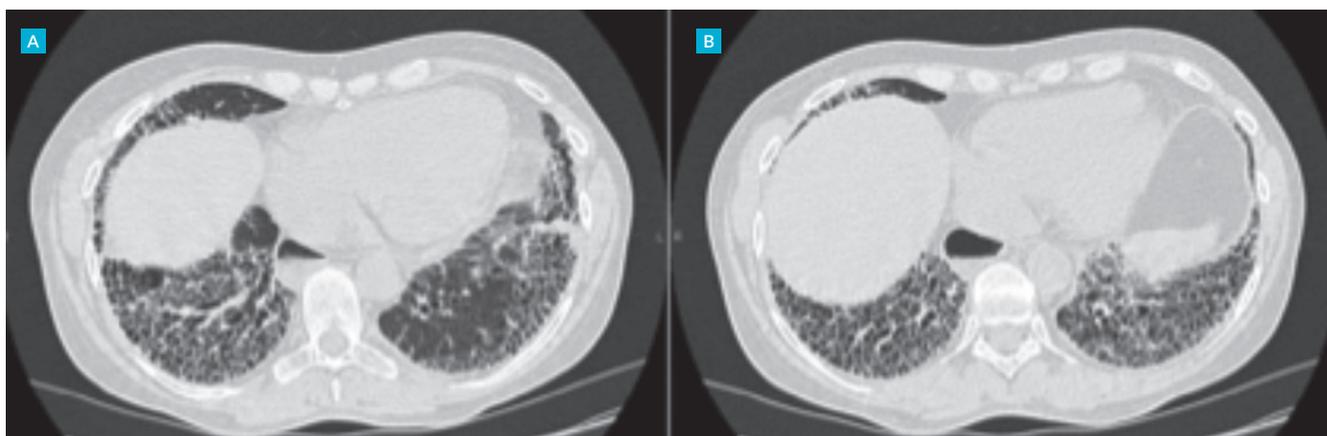


FIGURA 1. Tomografia computadorizada torácica que revela padrão em favo de mel, sobretudo em ambas as bases, opacidades reticulares, distorção arquitetural e bronquiolectasias de tração.

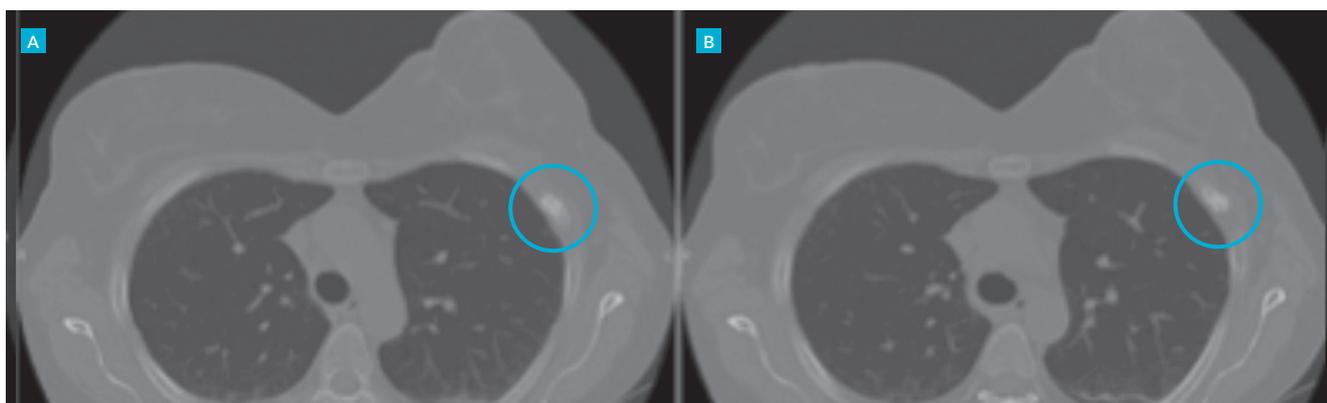


FIGURA 2. Tomografia computadorizada torácica evidenciando alterações ósseas na grelha costal.

com palidez nas extremidades dos dedos das mãos e pés, com agravamento com exposição a frio e remissão espontânea. Um ano depois, por manutenção do quadro, com exacerbações frequentes, procurou assistência médica. Realizou exames complementares de diagnóstico, entre os quais determinações analíticas que revelaram anticorpos antinucleares positivos. Investigação complementar sem outras alterações de relevo. Admitindo tratar-se de fenômeno de Raynaud, foi recomendada cessação tabágica, abstinência de café e redução do *stress* quotidiano.

Durante a investigação, realizou mamografia, que identificou nódulo suspeito. Realizou ecografia com biópsia, com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo no quadrante supra-interno da mama esquerda. Feito estadiamento clínico e imagiológico: T1aN0M0. Submetida a quadrantectomia e radioterapia (dose total de 36 Gy). A anatomia patológica revelou tratar-se de um tumor hormonosensível (receptores de estrogénio e de progesterona expressos a 100%), sem amplificação do gene Her 2. Iniciou terapêutica adjuvante com tamoxifeno. Em maio de 2010, por edemas periféricos, dispneia para pequenos esforços e mal-estar inespecífico, admitidos como efeitos adversos medicamentosos, parou hormonoterapia, após um ano de terapêutica.

Não houve melhoria dos sintomas e, por suspeita de

eventual pneumonite rádica, realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax, que revelou pneumonite intersticial bilateral (Fig. 1). Ao exame objetivo, neste momento, com espessamento cutâneo difuso, com atingimento de toda a superfície corporal, afinamento dos dedos das mãos (esclerodactilia) e dos lábios superior e inferior. Tendo em conta achados clínicos e laboratoriais, feito diagnóstico de esclerose sistémica progressiva. Iniciou pulsos de corticoides e ciclofosfamida, sem melhoria. Em 2011, em consulta na Alemanha, inicia fármaco experimental, inibidor da serotonina, com melhoria do espessamento cutâneo em cerca de 20%, sem melhoria a nível pulmonar. Ficou medicada com ciproheptadina (fármaco efeito semelhante ao fármaco experimental).

Iniciou, também, micofenolato de mofetil, 2 g/dia, com melhoria da função pulmonar. Por hipertensão pulmonar, iniciou terapêutica com bonsentano 62,5 mg duas vezes por dia. Pelas queixas dispépticas, foi necessário acrescentar à terapêutica um inibidor da bomba de prótons e um agente pró-cinético.

Em 2012, em TC torácica de rotina para avaliação de patologia pulmonar, surgem imagens compatíveis com fraturas de costelas bilaterais, na 4^a, 5^a, 7^a e 8^a costelas (Fig. 2), confirmadas em cintigrafia óssea (Fig. 3). Simultaneamente, calcificações ósseas em mamografia de seguimento.

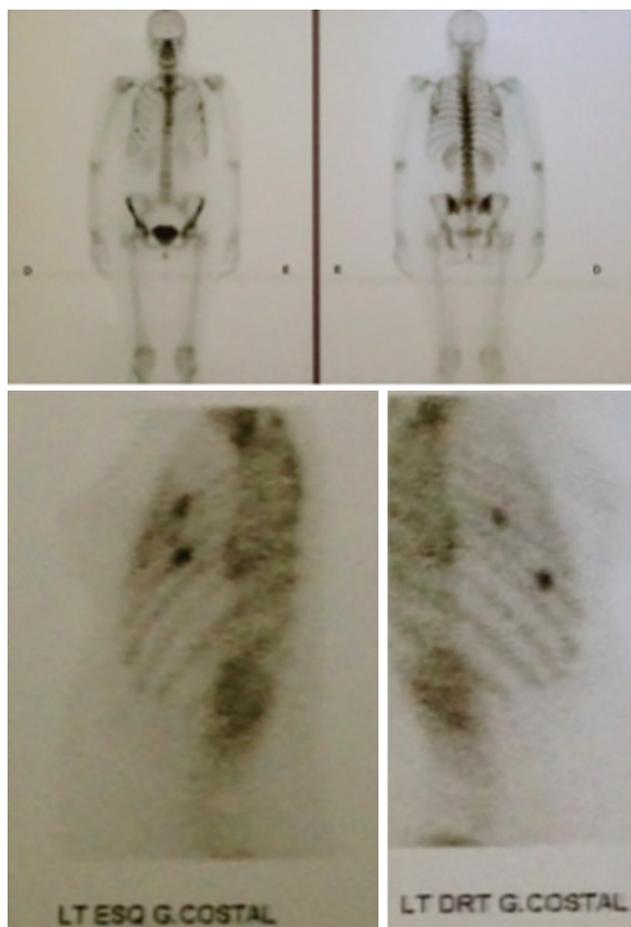


FIGURA 3. Cintigrafia óssea de corpo inteiro (em cima) e grelha costal lateral esquerda e direita, evidenciando áreas de hiper captação de radiofármaco na 4ª e 6ª costela à esquerda e 5ª e 6ª costela à direita.

Colocada hipótese diagnóstica de lesões secundárias a neoplasia da mama *versus* alterações secundárias a esclerose sistêmica. Após investigação adicional, concluiu-se que tais achados são manifestações da esclerose sistêmica progressiva.

Mantém seguimento de rotina em consulta de Oncologia Médica, encontrando-se em remissão da neoplasia da mama. Medicação habitual: micofenolato de mofetil, 2 g/dia, bonsentano, 62,5 mg/ duas vezes por dia, ciproheptadina, 4 mg, duas vezes/dia, lepicortinolo 10 mg/dia, pentoxifilina 400 mg/ três vezes por dia, hidroxicroquina, 400 mg/ duas vezes por dia, domperidona, 10 mg/ três vezes por dia, ranitidina, 150 mg/ uma vez por dia, pantoprazol, 20 mg/ duas vezes por dia, budesonida e formoterol, duas inalações/ duas vezes por dia, suplemento de cálcio, ferro e vitamina E, um comprimido/dia.

DISCUSSÃO

A esclerose sistêmica é uma doença autoimune sistêmica caracterizada pela deposição excessiva de colágeno e outras macromoléculas de tecido conjuntivo na pele e órgãos internos.¹ A nível ósseo, podem ocorrer fenô-

menos de reabsorção. Estes são evidentes em radiografia, visualizados como áreas de hipertransparência. Os locais mais frequentemente afetados são as falanges terminais dos dedos da mão. No entanto, já existem descritos casos em outros locais do esqueleto, nomeadamente, nas costelas.² Neste caso em particular, perante a existência de uma patologia neoplásica com frequente tropismo para metastização a nível do esqueleto axial, foi necessária a exclusão de envolvimento secundário. Embora pouco provável, pelo estágio precoce em que foi detetada a doença, é um evento mais frequente que o envolvimento ósseo da esclerose sistêmica. Este achado é raro e o seu diagnóstico apenas foi possível perante uma elevada suspeição clínica e amplo conhecimento das manifestações clínicas possíveis desta doença do tecido conjuntivo.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS: Os autores declaram que os procedimentos seguidos na elaboração do presente trabalho estão em conformidade com as normas das comissões de investigação clínica e de ética, bem como da declaração de Helsínquia e da Associação Médica Mundial.

CONFLICTS OF INTEREST: The authors declare that they have no conflicts of interest.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

PROTECTION OF HUMAN AND ANIMAL SUBJECTS: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

REFERÊNCIAS

1. Jimenez SA, Derk CT. Following the molecular pathways toward an understanding of the pathogenesis of systemic sclerosis. *Ann Intern Med.* 2004;140:37-50.
2. Bassett L, Blocka K. Skeletal findings in progressive systemic sclerosis (scleroderma). *AJR Am J Roentgenol.* 1981;136:1121-6.