

METÁSTASES ÓSSEAS CARCINOMATOSAS. APLICAÇÃO DA IMUNO-HISTOQUÍMICA NA CARACTERIZAÇÃO DIAGNÓSTICA DO SÍTIO PRIMÁRIO.

Assada, Luciana Nito. Amstalden, Eliane Maria Ingrid. luciana.nito@gmail.com

Departamento de Anatomia Patológica – Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. Agência Financiadora: CNPq/ PIBIC.

Palavras-chave: Metástases ósseas – carcinoma – imuno-histoquímica.

INTRODUÇÃO

A metástase óssea (MO) é um implante ósseo a partir de um tumor primário, principalmente de carcinomas (tumores epiteliais). Além disso, é a comprovação indubitável de malignidade da neoplasia. Estas lesões podem ser a primeira manifestação da doença, caracterizando a existência de tumores ocultos. O método da imuno-histoquímica (IHQ) tem demonstrado grande contribuição no diagnóstico da MO e na identificação do sítio de origem. Tendo isso em vista, é possível evitar a realização de exames complexos e onerosos, definir mais rapidamente o diagnóstico e conduta, além de diminuir o desgaste emocional dos pacientes. Apesar dessa importância, há uma escassez de dados na literatura nacional. Esse estudo teve como objetivo avaliar as MOs carcinomatosas bem como a eficácia da IHQ em identificar tais lesões e sua origem em nosso meio.

METODOLOGIA

Os casos de MOs foram levantados retrospectivamente dos arquivos do Departamento de Anatomia Patológica; utilizando-se de um banco de tumores ósseos. Foram revisados os laudos anatomopatológicos das peças cirúrgicas ou das biópsias dos últimos 19 anos. Foi possível, através dos prontuários obtidos no Serviço de Arquivo Médico e das requisições de biópsia, adquirir e/ou confirmar a identificação dos pacientes, bem como a topografia da MO e se havia conhecimento do sítio primário do tumor. A evolução clínica desses pacientes e, conseqüentemente, a eficácia da IHQ também foi obtida nos prontuários.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram detectados 257 casos de MO carcinomatosa nos últimos 19 anos.

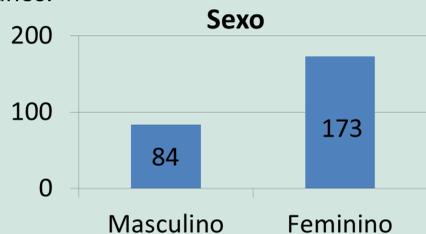


Gráfico 1 – Maior distribuição dos casos no sexo feminino. A neoplasia de mama é a mais comum nesse gênero e tem grande facilidade para metastatizar para ossos. Talvez o grande número de mulheres também esteja relacionado ao fato do HC/UNICAMP ser referência para cânceres ginecológicos.



Gráfico 2 – 70% dos casos estão entre a 4ª, 5ª e 6ª décadas. Tal fato segue a evolução natural da doença, pois o desenvolvimento de carcinomas está intimamente ligado ao envelhecer dos pacientes.

Figura 1 – Topografia das lesões ósseas, segundo eixos – axial, apendicular, acral, sendo a maior distribuição dos casos no eixo apendicular, 71,6%.

Os pacientes em geral apresentam múltiplas MOs, dessa forma, há um maior número de lesões ósseas (279) que o número de casos (257), pois alguns pacientes tiveram mais de um local de acometimento processado junto, recebendo um único laudo.

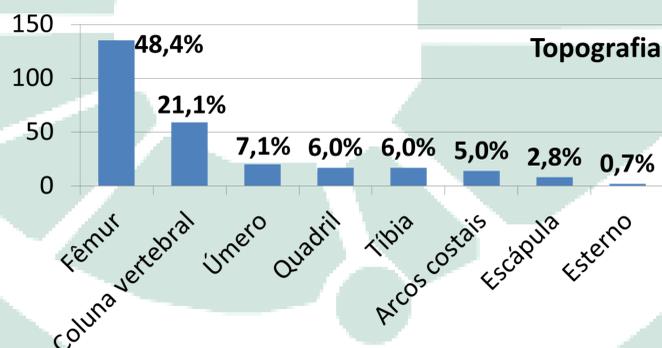
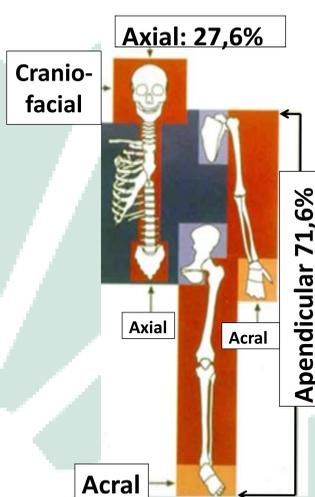


Gráfico 3 – Principais topografias ósseas acometidas. Os resultados obtidos estão em concordância com a literatura internacional.

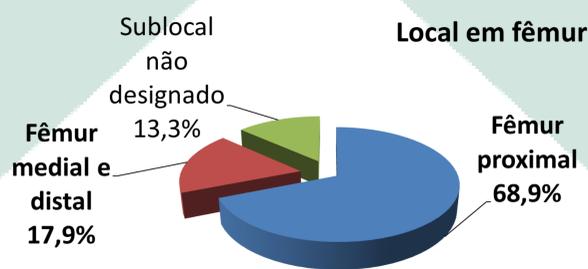


Gráfico 4A – 48,4% por cento das lesões foram em fêmur, dentre essas, 68,9% no terço proximal.

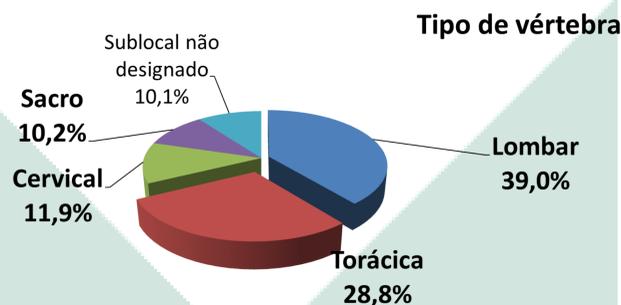


Gráfico 4B – 21,1% por cento das lesões foram em coluna vertebral, dentre essas, 39% na região lombar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dorfman HD, Czerniak B. Metastatic Tumors in Bone. In: Dorfman HD, Czerniak B. Bone tumors. Saint Louis: Mosby; 1998. p.1009-40.
Dabbs DJ. Immunohistology Of Metastatic Carcinoma Of Unknown Primary. In: Dabbs DJ. Diagnostic Immunohistochemistry. 2ª edition. China. Churchill Livingstone Elsevier; 2006. p.180-3.
Jaffe HL. Tumors and tumorous conditions of the bones and joints. Philadelphia: Lea & Febiger; 1958. apud Fechner RE, Mills SE. Metastatic Tumors Involving Bone. In: Fechner RE, Mills SE. Atlas of Tumor Pathology. 3ª series, fascicle 8. Washington. Armed Forces Institute of Pathology; 1993. p.245-52.

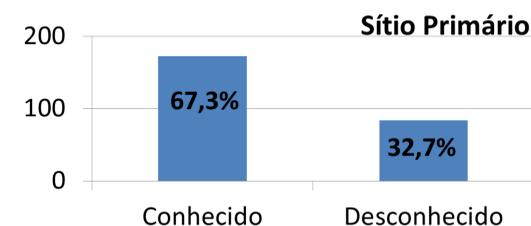


Gráfico 5 – Na maioria dos casos o sítio primário da metástase óssea era conhecida.

A IHQ foi realizada em 76 casos (29,6% do total de casos). A análise para essa técnica foi dividida dependendo do sítio primário da metástase, se era conhecida ou oculto, respectivamente, 38,1% e 61,9% dos casos.

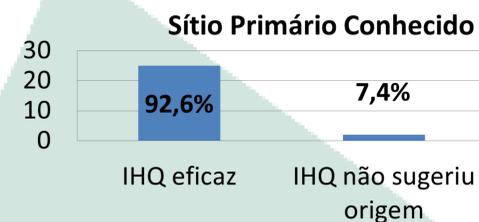


Gráfico 6 – Dentre os casos de sítio primário conhecido, observa-se que a aplicação da IHQ foi muito eficaz. Em apenas dois casos não foi possível obter informação a respeito da evolução clínica dos pacientes, por perda de seguimento ou óbito.

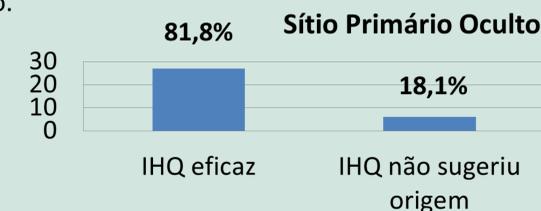


Gráfico 7 – A IHQ foi aplicada em todos casos de sítio primário oculto. Observa-se que a aplicação da IHQ foi bastante eficaz. Em doze casos, não foi possível obter informação a respeito do seguimento clínico, por perda de seguimento ou óbito.

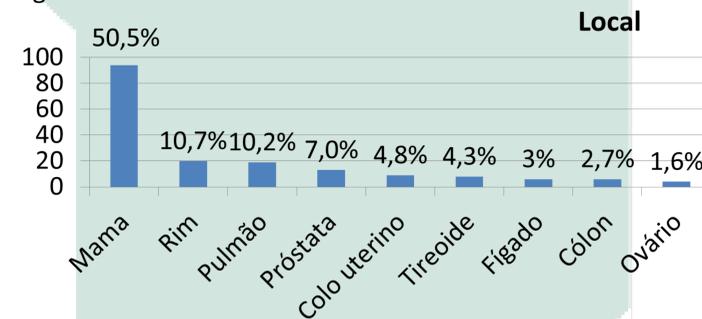


Gráfico 8 – Principais localizações dos sítios primários das metástases ósseas. Resultado está em concordância com a literatura internacional, apesar de destacar mais a origem mamária.

CONCLUSÃO

Tanto para sítios primários conhecidos como para os desconhecidos, o painel imuno-histoquímico utilizado é um método de grande auxílio na confirmação e na elucidação diagnóstica da origem neoplásica de metástases ósseas carcinomatosas. Dessa forma, recomendamos amplamente a utilização dessa ferramenta nesses casos.