

Imagens

Filipe Macedo¹

Criança de 6 anos de idade, sexo masculino, com cervicalgia persistente.



FIG. 1 - Rx da coluna cervical, perfil

¹ Especialista em Radiodiagnóstico – SMIC
Porto

ACHADOS

Observa-se achatamento marcado do corpo vertebral de C6, com preservação dos espaços disciais adjacentes e sem desalinhamento do muro posterior.

DIAGNÓSTICO

Vértebra plana (por granuloma eosinófilo)

DISCUSSÃO

O granuloma eosinófilo, juntamente com a doença de Letterer Siwe e a doença de Hand-Schuller-Christian, constituem o grupo de doenças denominado Histiocitose X, de causa desconhecida, caracterizadas por lesões granulomatosas com proliferação de histiócitos, em diversos tecidos⁽¹⁾.

O granuloma eosinófilo é uma lesão pseudotumoral benigna, mais frequentemente monostótica podendo ser também multifocal. Ocorre geralmente em crianças e adolescentes, sobretudo entre os 5 e 15 anos⁽⁶⁾.

Atinge sobretudo ossos chatos; nos ossos longos atinge sobretudo as metáfises e diáfises. Os ossos mais atingidos são: fêmures, crânio, costelas, bacia e vértebras. Em pediatria é a causa mais frequente de vértebra plana.

O atingimento extraesquelético é raro.

Clinicamente manifesta-se geralmente por dor e limitação funcional do segmento atingido. O primeiro exame imagiológico deve ser a radiografia convencional que mostra geralmente lesão

lítica, com ou sem margem esclerótica. No crânio as lesões atingem a tábua interna e externa. Na coluna segue-se de colapso da vértebra, sem atingimento dos discos adjacentes. Pode haver uma pequena área esclerótica central. Nos ossos longos pode haver reação perióssea lamelar.

A TC mostra melhor a destruição óssea, a RMN mostra o envolvimento medular.

Um doente com granuloma eosinófilo deve fazer um Rx do esqueleto no sentido de excluir lesões multifocais. A cintigrafia pode ter falsos negativos dado as lesões não terem o mesmo grau de actividade pelo que o seu valor é inferior ao do RX do esqueleto.

Em termos de radiografia o diagnóstico diferencial deve contemplar o sarcoma de Ewing, osteomielite, cisto ósseo aneurismático e doença linfoproliferativa.

Alguns autores defendem que nos casos imagiológicamente típicos se pode dispensar a biópsia^(2, 3).

O tratamento é geralmente conservador, com cura espontânea na maior parte dos casos. Na coluna cervical pode ser necessário imobilização com colar.

Os casos com complicações ou progressão da doença podem requerer curetagem/cirurgia, radioterapia e quimioterapia, nomeadamente nas lesões multifocais sintomáticas. A corticoterapia é controversa⁽⁴⁾.

Na coluna vertebral é habitual reconstituição de pelo menos 50% da altura vertebral em dois meses a dois anos⁽⁵⁾.

Nascer e Crescer 2006; 15(3): 140-141

BIBLIOGRAFIA

1. Sherk HH, Nicholson JT, Nixon JE. Vertebra plana and eosinophilic granuloma of the cervical spine in children. *Spine* 1978; 3: 116-121
2. Stull MA, Kransdorf MJ, Devaney KO. Langherans cell histiocytosis of bone. *Radiographics* 1992; 12: 801-823
3. Kamimura M, Kinoshita T, Itoh H, Yuzawa Y, Takahashi J, Ohtsuka K. Eosinophilic granuloma of the spine: early spontaneous disappearance of tumour detected on magnetic resonance imaging. *J. Neurosurg* 2000; 93: 312-316
4. Silva EBD, Nougain JE, Carnevale F. Cervical spine cord compression by eosinophilic granuloma. *Arch Neurop-siquiatr* 1999; 57: 498-503
5. Levy EI, Scarrow A, Hamilton RC, Wollman MR, Fitz C, Pollack IF. Medical management of eosinophilic granuloma of the cervical spine. *Pediatric Neurosurgery* 1999; 31: 159-162
5. Lidenbaum D, Gettes NI. Solitary eosinophilic granuloma of the cervical region. *Clin Orthop* 1970; 68: 112-114