

Sarcoma retroperitoneal gigante

Retroperitoneal giant liposarcoma

Fabio Yoriakai Yamaguchi*, Gilmara da Silva Aguiar*, José Henrique Buseti**, Roberto Siniscalchi*, José Francisco de Góis Filho*, Lucila Heloisa Simardi***

Resumo

Os sarcomas são tumores pouco freqüentes. Existem poucos relatos de sarcomas de grande volume. Os autores relatam um caso de lipossarcoma gigante de retroperitônio, medindo 60 cm de diâmetro, com 21 kg de peso, que foi submetido à ressecção completa.

Unitermos

Retroperitônio; lipossarcoma.

Abstract

Sarcomas are unusual tumors. There are few reports of large sarcomas. The authors relate a case of retroperitoneal giant liposarcoma, measuring 60 cm and weighing 21 kg, submitted to complete resection.

Keywords

Retroperitoneum; liposarcoma.

Introdução

Os sarcomas de retroperitônio são tumores raros, representando 1% dos tumores sólidos. Destes, 10% a 15% localizam-se no retroperitônio¹. O diâmetro médio desses sarcomas é de 15 cm, e o seu diagnóstico é difícil de ser realizado em tumores menores, em virtude da ausência de sintomatologia precoce. Geralmente atingem grandes dimensões, e o acometimento de órgãos adjacentes é freqüente².

Relato de caso

NRS, 70 anos, sexo masculino, branco, 75 kg, com história de aumento progressivo do volume abdominal percebido há aproximadamente dois meses. Negava dor, emagrecimento, astenia, alterações alimentares ou intestinais. Referia dificuldade miccional progressiva (prostatismo). Negava etilismo ou outras doenças associadas.

Ao exame físico, o paciente encontrava-se em regular estado geral, corado, hidratado, eupnéico, anictérico. Sinais vitais sem alterações. Ausência de linfonodomegalias. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Abdômen

volúmoso, globoso, onde se palpava grande tumor, de consistência firme, indolor, ocupando praticamente toda a cavidade abdominal. Havia um segundo tumor em flanco direito, em subcutâneo, amolecido, com 15 cm de diâmetro.

Foram realizados exames de imagem (tomografia de abdômen e tórax) que evidenciaram tumor abdominal gigante, com áreas de densidade adiposa, duas áreas císticas e áreas heterogêneas, que rechaçavam o cólon e as alças intestinais superiormente e em íntimo contato com a gordura perirrenal esquerda. Procederam-se exames pré-operatórios (hemograma, coagulograma, eletrocardiograma, bioquímica, função renal, radiografias), todos segundo os padrões da normalidade.

O paciente foi submetido à laparotomia, na qual se evidenciou lesão volumosa lipomatosa com áreas císticas em retroperitônio, rechaçando o cólon esquerdo (Figura 1) e aderido a este, bem como ao rim esquerdo. Foi efetuada ressecção completa do tumor em bloco com cólon, rim e



Figura 1
Incisão operatória observando-se grande tumor abdominal de consistência elástica (a), abrangendo o cólon descendente (b) e o mesocólon descendente (c)

* Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, São Paulo.

** Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, São Paulo. Disciplina de Anatomia da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.

*** Setor de Anatomia Patológica do Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, São Paulo. Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP.

ureter esquerdo (Figura 2). Também realizou-se a reconstrução de trânsito com anastomose colorretal término-terminal, além de ressecada, também, lesão de partes moles de flanco direito.

A evolução pós-operatória não apresentou complicações, tendo o paciente recebido alta após oito dias da cirurgia.

A tumor pesou 21 kg, medindo 60 cm no maior eixo, tendo o exame anatomopatológico confirmado o diagnóstico de lipossarcoma, com áreas de padrão mixóide, hiper-celulares, com focos de necrose e infiltração de gordura peri-renal. A lesão de flanco direito apresentou-se como hiperplasia adiposa.

Discussão

Os sarcomas são tumores malignos raros e originam-se da célula mesenquimal primitiva, perfazendo um total de 0,1% a 0,2% de todas as neoplasias em adultos³. Cerca de 80% dos tumores de retroperitônio são malignos, dos quais 45% a 55% são sarcomas. O lipossarcoma representa o tipo histológico mais comum, em até 50% dos casos, seguido do leiomiossarcoma (20%)^{4,5}.

Os lipossarcomas são, habitualmente, tumores de baixo grau de malignidade (bem diferenciados, mixóides), apesar de serem encontrados tumores muito anaplásicos (desdiferenciação) ou pleomórficos⁶. Diagnósticos diferenciais incluem linfomas, carcinomas, tumores indiferenciados, tumores de células germinativas, tumores renais, tumores benignos ou, ainda, metástases.

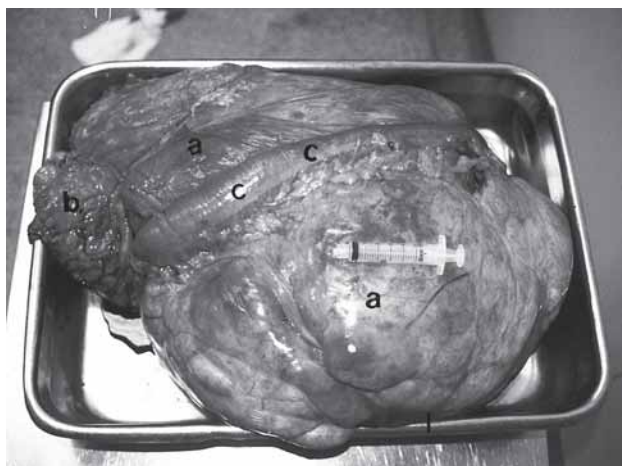


Figura 2

Peça cirúrgica retirada em monobloco, englobando extenso tumor retroperitoneal (a), rim esquerdo (b) e cólon descendente (c)

A apresentação clínica é insidiosa, com pouca sintomatologia até atingir maiores volumes. O principal sinal é o tumor abdominal (70% a 80%), com queixas de aumento de volume e desconforto abdominal (60% a 70%)^{5,7}. Pode haver sintomas compressivos neurológicos e gastrointestinais, queixas urinárias, febre, anorexia e trombose de veia cava inferior. Metástases são raras, vistas em apenas 3% dos tumores de retroperitônio⁸.

O maior lipossarcoma foi relatado por Yöl *et al.* em 1998⁹, que pesou 42 kg. No entanto, existem poucos relatos de lipossarcomas gigantes na literatura.

Exames subsidiários que auxiliam o diagnóstico são a ultra-sonografia e a tomografia computadorizada, e esta última fornece mais informações. A ressonância e a angiografia podem demonstrar, quando necessário, a relação com outras estruturas, principalmente nervos e vasos⁸.

A laparotomia com ressecção completa do tumor permanece como principal escolha terapêutica inicial para o lipossarcoma, caso seja possível^{2,10}, sendo por vezes necessária a ressecção de órgãos adjacentes para a remoção completa do tumor¹¹. O órgão mais frequentemente ressecado é o rim (50%), sendo também relatadas ressecções de cólon, supra-renal, pâncreas, baço, músculo psoas, estômago e estruturas vasculares^{2,12}. A irremediabilidade destes tumores deve-se a vários fatores, incluindo o diagnóstico mais tardio e a proximidade com estruturas retroperitoneais vitais. Nos casos de recidiva local, que tendem a ser mais agressivas e de maior grau, a ressecção deve ser tentada sempre que possível em virtude da melhora na sobrevida dos pacientes^{8,10}.

As demais modalidades de tratamento (radioterapia e quimioterapia), não se mostraram efetivas no aumento da sobrevida dos pacientes, sendo a ressecção completa do tumor o fator prognóstico mais importante¹³⁻¹⁵. O grau histológico tem importância na recorrência e também na sobrevida², apresentando pior prognóstico os tumores de alto grau de malignidade. A sobrevida global em 5 e 10 anos pode atingir 58% e 40%, respectivamente, quando houver ressecção completa. As taxas de recidiva, porém, podem chegar a 50% dos casos¹³.

Conclusões

Os tumores de retroperitônio são neoplasias raras, e o lipossarcoma tem como característica o crescimento lento, com pouca sintomatologia. O seu diagnóstico, em geral, é feito quando, atinge grandes volumes, sendo necessário ter sempre em mente a hipótese de lipossarcoma nos casos de aumento do volume abdominal. Nos casos de tumores gigantes, mais raros, deve-se sempre tentar a ressecção completa, ainda que com sacrifício de órgãos adjacentes, pois esta possibilitará maior chance de sobrevida para o paciente.

Referências bibliográficas

1. Singer S, Corson JM, Demetri GD et al. Prognostic factors predictive of survival for truncal and retroperitoneal soft-tissue sarcomas. *Ann Surg* 1995;22:185-95.
2. Bautista N, Su W, O'Connell TX. Retroperitoneal sarcomas: prognosis and treatment of primary and recurrent disease. *Am Surg* 2000;66:832-6.
3. Pack GT, Tabah EJ. Primary retroperitoneal tumors: a study of 120 cases. *Surg Gynecol Obstet* 1989;99:209-31, 313-41.
4. Lagace R, Jacob S, Seemayer TA. Myxoid liposarcoma. An electron-microscopic study: biological and histogenic considerations. *Pathol Anat* 1979; 384:159.
5. StormFK, Mahvi D. Diagnosis and management of retroperitoneal, soft tissue sarcoma. *Ann Surg* 1991; 214:2-10.
6. Enzinger FM, Weiss SW. Liposarcoma, In: Stamatias G, editor. *Soft tissue tumors*. 2nd ed. St. Louis: CV Mosby: 1988, p. 346-82.
7. Pinson CW, ReMine SG, Fletcher W, Braasch JW. Long term results with primary retroperitoneal tumors. *Arch Surg* 1989;124:1168-73.
8. Jacques DP, Coit DG, Hadhu SI, Brennan MF. Management of primary and recurrent soft tissue sarcoma of the retroperitoneum. *Ann Surg* 1990; 212:51-9.
9. Yol S, Tavli S, Tavli L et al. Retroperitoneal and scrotal giant liposarcoma: Report of case. *Surg Today* 1998;28:339-42.
10. Lopes A. *Sarcomas de partes moles*. São Paulo: Medsi: 1999, p. 345-52.
11. Dalton RR, Donohue JH, Mucha Jr. R, Van Heerden JA, Reiman HM, Chen S. Management of retroperitoneal sarcomas. *Surgery* 1989;106:725-33.
12. Karakousis CP, Velz AF, Emrich LJ. Management of retroperitoneal sarcomas and patient survival. *Am J Surg* 1985;150:376-80.
13. Bradley JC, Caplan R. Giant retroperitoneal sarcoma: a case report and review of management of retroperitoneal sarcomas. *Am Surg* 2002;68:52-6.
14. Elias AD, Antman KH. Adjuvant chemotherapy for soft tissue sarcoma: A critical appraisal. *Semin Surg Oncol* 1988;4:59-65.
15. Lewis JJ, Benedetti F. Adjuvant therapy for soft tissue sarcomas. *Surg Oncol Clin North Am* 1997;6:847-62.

Endereço para correspondência

Instituto de Morfologia da FMABC
Av. Príncipe de Gales, 821
Santo André, SP – CEP 09060-650