

Sarcomas de Partes Moles, Revisão de Literatura a Propósito de um Caso.

Soft Tissue Sarcomas, Literature Revision Of A Case

Mauro Tavares ¹

Resumo

Os sarcomas de partes moles (SPM) têm um conceito histogênico e outro topográfico. Do ponto de vista histogênico, são neoplasias malignas oriundas da célula mesenquimal primitiva, excetuando-se os tumores ósseos, as leucemias e os linfomas. Assim sendo, na concepção atual, não há sentido dizer que o rhabdomyosarcoma e o lipossarcoma são tumores oriundos, respectivamente, de fibra muscular estriada e adipócito e, sim, da célula mesenquimal primitiva que, sofrendo alterações em seu código genético, passa a produzir tecido muscular estriado e adiposo atípicos. Quanto à topografia, estas são lesões localizadas entre a epiderme e as vísceras, excluindo-se daí os ossos. Por fim, relatamos um caso de angiossarcoma de parede torácica, onde mediante, uma revisão de literatura, fizemos um breve comentário analítico.

Palavras-chave: sarcomas, angiossarcoma, neoplasias.

Abstract

The soft tissue sarcomas (STS) has a histogenic concept and another topographic. From a histogenic point of view, they are malignant neoplasias deriving from the primitive mesenchymal cell, excepting the osseous tumors, the leukemias and lymphomas. In such case, in the current conception, there's no way to say that the rhabdomyosarcoma and the liposarcoma are tumors derived, respectively, from striated muscular fiber and adipocyte and, fair enough, of the primitive mesenchymal cell that, suffering alterations in its genetic code, starts to produce atypical striated and adipose muscular tissue. With regard to the topography, these are injuries located between the epidermis and the viscera, eliminated, at this point, the bones. Finally, we report a case of angiosarcoma of the thoracic wall, that through a literature revision, we made a brief analytical commentary.

Keywords: sarcomas, angiossarcoma, neoplasias.

¹ Doutor - Ciências da Saúde – UniFOA
mauro.tavares@foa.org.br

Introdução

Os sarcomas de partes moles (SPM) têm um conceito histogênico e outro topográfico. Do ponto de vista histogênico, são neoplasias malignas oriundas da célula mesenquimal primitiva, excetuando-se os tumores ósseos, as leucemias e os linfomas. Assim sendo, na concepção atual, não há sentido dizer que o rabdomyossarcoma e o lipossarcoma são tumores oriundos, respectivamente, de fibra muscular estriada e adipócito e, sim, da célula mesenquimal primitiva que, sofrendo alterações em seu código genético, passa a produzir tecido muscular estriado e adiposo atípicos. Quanto à topografia, estas são lesões localizadas entre a epiderme e as vísceras, excluindo-se daí os ossos.

Epidemiologia

São tumores raros. Considerando-se que os fatores geográficos e raciais parecem não ter importância na etiologia destas neoplasias e, respeitando-se as taxas demográficas dos dois países, o número anual de novos casos, no Brasil, deve ser em torno de 3.500. Isso contribui, na maioria das vezes, para retardar o diagnóstico e levar a condutas inapropriadas. Esses fatores são responsáveis por menores taxas de cura, sobrevida e, muitas vezes, pela piora na qualidade de vida, em função da perda do membro.

Etiologia

Os angiossarcomas frequentemente se associam ao linfedema crônico. Os SPM e outros tumores radioinduzidos, após longo período de latência, são fatos bem documentados na literatura. A associação do sarcoma de Kaposi com a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), embora não obrigatória, é frequente. A neurofibromatose tipo 1 é doença autossômica dominante, frequentemente associada ao neurofibrossarcoma, e acomete 1.300 nascidos vivos nos Estados Unidos. Alterações biomoleculares tais como: translocações, perda de heterozigose e mutações em genes supressores de tumores têm sido descritas em vários tipos de sarcomas.

Diagnóstico Clínico

No diagnóstico dos SPM, é imprescindível considerar a história natural da doença, os sintomas, o exame físico, os exames complementares e, finalmente, a biópsia com exame histopatológico. Esses tumores incidem em todas as idades. Nos 628 casos atendidos no Hospital das Clínicas de São Paulo, no período de 1953 a 1970, 315 (50.2%) eram masculinos e 313 (49.8%) femininos, não havendo, portanto, diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo. O fator racial também não teve influência na incidência dessas lesões. Estes tumores incidem em todas as regiões do corpo, porém, há nítida predominância para as extremidades e, entre estas, para os membros inferiores (Quadro 1).

Sarcoma de Partes Moles		
Localização	Nº de casos	%
Cabeça e pescoço	92	14
Tronco	132	21
Membros superiores	142	23
Membros inferiores	262	42
Total	628	100

Quadro 1: Localização, número de casos e incidência de SPM.

Como se vê, as lesões de membros inferiores, por si só, são quase a metade dos 628 casos de sarcomas. Nos membros inferiores, a coxa foi o local mais acometido, com 128/262 (49%) casos e, nos membros superiores, o braço foi afetado em 57/142 (40%) pacientes. A disseminação dos sarcomas faz-se, principalmente, por via sangüínea e para os pulmões, sendo a presença de metástases fator de mau prognóstico. A disseminação por via linfática é rara. Como regra geral, as metástases linfonodais ocorrem em tumores de alto grau de malignidade e os tipos histológicos mais associados à doença linfonodal são: sarcoma epitelióide, angiossarcoma e rabdomyossarcoma embrionário. A sintomatologia dos pacientes com SPM é variável, porque são vários tipos de tumores que podem ocorrer em praticamente todos os sítios anatômicos. A principal manifestação clínica é a queixa de tumor com ou sem dor. As lesões superficiais dos membros e tronco são percebidas precocemente pelos pacientes, porém, aquelas intratorácicas e retroperitoneais só apresentam sintomatologia tardiamente, dificultando o diagnóstico precoce. A velocidade de crescimento destes tumores está na dependência histológica.

Os sarcomas bem diferenciados crescem

mais lentamente que os de alto grau de malignidade. Os SPM fora do retroperitônio e cavidade torácica mostram ao exame físico, dados que podem sugerir, com muita facilidade, o diagnóstico clínico. No início, apresentam-se como um abaulamento sob a pele e à medida que o tumor cresce, esta se distende, se adelgaça, torna-se lisa e brilhante. À medida que o tumor progride, devido a fenômenos compressivos ou invasão direta pelo tumor, ela adquire tonalidade escura caracterizando sua necrose seguida de ulceração. O exame físico destes pacientes deve ser o mais completo possível. No exame locorregional, é importante verificar o tamanho do tumor, localização, relação com a pele, com o plano osteomúsculoaponeurótico e feixe vasculonervoso principal. Ainda é importante avaliar se o tumor é superficial ou profundo. No primeiro caso, ele se localiza acima da fáscia e, no segundo, abaixo da mesma. Cerca de 80% dos SPM localizam-se em membros, tronco, cabeça e pescoço, o que, na maioria das vezes, os torna visíveis e/ou palpáveis. Se considerarmos a história natural da doença, anamnese e exame físico, podemos quase sempre fazer um diagnóstico clínico com grande possibilidade de acerto; no entanto, o diagnóstico definitivo é dado pela biópsia e exame histopatológico.

Diagnóstico Histopatológico

Este procedimento consiste em obter material para estudo histopatológico. Os principais tipos de biópsias são: excisional, incisional e com agulha. As duas primeiras, também chamadas de biópsias abertas, têm a vantagem de oferecer maior quantidade de tecido. A biópsia excisional é indicada para tumores pequenos e superficiais. Nesta, removemos todo o tumor para exame histopatológico. Vale lembrar que este procedimento não tem valor terapêutico. A biópsia incisional é usada para tumores maiores, superficiais ou profundos. Neste caso, remove-se um fragmento representativo da lesão. Nas biópsias abertas, alguns cuidados técnicos devem ser tomados para não contribuir para a disseminação da doença e não prejudicar a cirurgia definitiva. Nas biópsias de tumores localizados em membros, a incisão deve ser longitudinal, ou seja, no sentido das fibras musculares, pois, durante a cirurgia definitiva, toda a cicatriz deverá ser removida em bloco com a peça. As biópsias feitas com incisões

transversais, quando da cirurgia definitiva, frequentemente nos obrigam à ressecção de maior quantidade de pele e tecido celular subcutâneo, o que pode contribuir para piorar os resultados estéticos, retardar a cicatrização e, com isso, postergar tratamentos adjuvantes de importância no controle local e sistêmico da doença. Nas biópsias, devemos evitar a porção central do tumor, pois este é o local onde existe maior quantidade de necrose e hemorragia, sendo, portanto, material de má qualidade para estudo histopatológico. Nas biópsias abertas, devemos fazer hemostasia rigorosa e evitar dissecação de retalhos. A formação de hematomas e a maior divulsão dos tecidos contribuem para a disseminação local da doença. Outra modalidade de biópsia é por punção. A biópsia por punção aspirativa com agulha fina, que se obtém material para citológico, ou a que se obtém fragmentos de tecido com agulha grossa do tipo Trucut®, pode ser usada, mas exige patologistas experientes. As biópsias por punção guiadas pela tomografia ou ultra sonografia, nos tumores intracavitários, ou de difícil acesso, têm a vantagem de evitar procedimentos cirúrgicos agressivos. A histogênese de muitos desses tumores tem sido constantemente revisada nas últimas décadas, devido ao emprego de técnicas diagnósticas sofisticadas, como a imunistoquímica, a citogenética e a microscopia eletrônica. Isso tem levado a constantes revisões e modificações da classificação desses tumores, obrigando o patologista geral a uma constante atualização sobre o tema. O quadro 2 mostra uma versão simplificada da classificação geral dos tumores malignos e benignos de partes moles, de acordo com a origem histológica dos mesmos.

Classificação histológica dos sarcomas de partes moles	
I - Sarcoma de origem fibrosa A. Fibromatoses B. Fibrossarcomas	II - Sarcoma Fibro-histiocítico A. Baixo Grau de Malignidade B. Alto Grau de Malignidade
III - Sarcoma de Diferenciação Adipocítica A. Lipossarcoma	IV - Sarcomas de Diferenciação para Músculo Liso A. Leiomiossarcoma
V - Sarcomas de Diferenciação para Músculos Estriado A. Rabdomiossarcoma	VI - Sarcomas Vasculares e Perivasculares A. Hemangiendotelioma B. Angiossarcoma C. Kaposi
VII - Sinoviossarcoma	VIII - Sarcomas de Diferenciação para Nervo Periférico
IX - Sarcomas de Diferenciação Ossea e cartilaginosa A. Condrossarcoma mesenquimal B. Condrossarcoma extra-esquelético mixóide C. Osteossarcoma extra-esquelético	X - Sarcomas de Histogênese Incerta 1. Sarcoma epitelióide 2. Sarcoma Alveolar de partes moles 3. Tumor desmoplásico de pequenas células

Uma das características importantes dos SPM é apresentar uma falsa cápsula, através da qual as células neoplásicas permeiam e infiltram os tecidos normais adjacentes. Essa falsa cápsula nada mais é que uma reação inflamatória peritumoral. O conhecimento desse fato é importantíssimo no planejamento de uma cirurgia adequada e, com isso, evitar recidiva, que é sempre fator de prognóstico desfavorável. No estudo histopatológico, a determinação do grau de malignidade é o fator mais relevante no planejamento terapêutico. O tipo histológico tem papel secundário, embora alguns deles, por si só, já determinem o grau de malignidade. Atualmente, não há um sistema de graduação universalmente aceito. Os parâmetros mais usados pelos patologistas para a graduação dos SPM são: diferenciação celular, celularidade, vascularização, quantidade de necrose e número de mitoses. Na prática, verifica-se que a histologia não é confiável para separar graus 2 de 3, e 3 de 4. O que realmente importa no planejamento terapêutico é que o patologista classifique o tumor em alto ou baixo grau de malignidade. Para fins terapêuticos em geral, os tumores classificados como grau 1 de malignidade são aqueles de baixo grau e, os demais, de alto grau. Na maioria das vezes, o grau de malignidade é dado pelo estudo de apenas um fragmento do tumor e isto, obrigatoriamente, não corresponde a toda realidade da lesão. Isso pode explicar respostas terapêuticas diferentes das esperadas, em algumas situações.

Estadiamento

O estadiamento consiste em avaliar a extensão da doença no órgão, ou estrutura de origem aos órgãos e/ou estruturas adjacentes aos linfonodos regionais e a distância. No estadiamento dos SPM, é fundamental considerarmos a história natural da doença, o exame físico, os exames complementares e o exame histopatológico com o grau de malignidade. Os exames complementares são extremamente importantes na avaliação do tumor primário, bem como nas suas possíveis metástases, sendo estes fundamentais no estadiamento e planejamento terapêutico. A tomografia computadorizada ou a ressonância magnética são os métodos mais importantes para avaliar os SPM de extremidades. Esses exames podem fornecer o tamanho do tumor, localização, relação com o grupo muscular e

delineá-lo em relação ao osso e ao feixe vasculonervoso principal e outros tecidos. A ressonância magnética oferece um pouco mais de detalhes, quando comparada à tomografia. Com os dados fornecidos pela ressonância, a arteriografia tem sido método pouco usado na avaliação dos sarcomas. A avaliação pulmonar é fundamental no estadiamento dos sarcomas, já que as metástases ocorrem, principalmente, para os pulmões. A tomografia computadorizada é o método mais sensível na detecção de metástases pulmonares, devendo ser o método obrigatório no estadiamento. Existem basicamente três tipos de estadiamento para os SPM. O mais usado deles é o sistema TNMG, adotado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Este sistema, para descrever a extensão anatômica da doença e o seu grau de malignidade, baseia-se na determinação de quatro componentes: T, N, M e G. T- tamanho do tumor primário; N- presença ou ausência de metástases em linfonodos regionais; M- presença ou ausência de metástases a distância e G- grau de malignidade histológica. Combinações dos componentes T, N, M, G são agrupadas para definir a extensão crescente do tumor em quatro estádios. A última classificação da UICC, de 1997, além dos quatro fatores (TNMG), adicionou o fato de o tumor ser superficial ou profundo. A razão dessa inclusão é que os tumores superficiais são de melhor prognóstico que os profundos.

Tratamento

A cirurgia, radioterapia e a quimioterapia são as formas de tratamento dos SPM. A excisão local, ou seja, a ressecção do tumor junto à sua falsa cápsula, à maneira do que se faz para os lipomas e outros tumores benignos, foi o primeiro tipo de ressecção usado, porém, acompanhado de taxas de recorrências locais inaceitáveis. A falsa cápsula freqüentemente simula uma separação quase total entre o tumor e os tecidos adjacentes. Isso faz com que cirurgiões inexperientes adotem este procedimento como terapêutica para os SPM, quando na realidade ele só tem valor como biópsia.

A ressecção com margens adequadas e a confirmação histopatológica de margens livres são essenciais para minimizar o risco de recorrências locais. Os tipos de ressecções para os SPM podem variar desde uma ressecção local ampliada até as amputações e de-

sarticulações. No planejamento das ressecções, alguns fatores frequentemente são mais importantes que o tamanho do tumor. São eles: localização, relação com órgãos e/ou estruturas adjacentes, da intenção curativa ou paliativa e da possibilidade de minimizar a extensão da ressecção em função de outras modalidades de tratamento. Para demonstrar a pouca eficiência do tamanho do tumor no planejamento da cirurgia, podemos considerar um sarcoma de 3cm no seu maior diâmetro (Ti), se localizado na face lateral da coxa, seria passível de ressecção adequada, ao passo que, se localiza do junto ao feixe vasculonervoso femoral, não o seria. Embora haja muitas variações quanto aos tipos de cirurgias para os SPM, há um princípio básico para a ressecção dos mesmos, que é o princípio da ressecção tridimensional. Segundo essa orientação, devemos ressecar o tumor em bloco, contendo tecido normal no seu contorno, nos sentidos longitudinal, transversal e em profundidade. Nesse princípio, o tumor deve ser ressecado com margem macroscópica mínima de 1 a 2 cm, e o exame histopatológico deve mostrar margens livres. Nos tumores superficiais, a margem de pele deve ser ampla, o que não se justifica em tumores de localização profunda. O dermatofibrossarcoma é um tumor de pele com altos índices de recorrências locais, quando tratado com ressecções inadequadas. As menores taxas de recorrências locais, após a ressecção desse tumor, são encontradas com margem mínima de pele igual ou maior que 3cm. Em profundidade, a ressecção, nestes casos, deve incluir a fáscia profunda ou a aponeurose e, quando necessário, pela extensão profundo tumor, incluir estruturas subjacentes a ela.

Como regra geral, em SPM de membros a margem no sentido longitudinal deve ser mais ampla do que no sentido lateral e profundo, pois permite margem mais adequada e não tem a limitação imposta pelo osso e feixe vasculonervoso

Quando um ou mais músculos estão envolvidos pelo tumor, ele ou eles, como regra geral, devem ser ressecados da origem à inserção, pois os resultados funcionais não são diferentes quando se compara a ressecção completa com a parcial. A maioria dos SPM não infiltra o osso, assim sendo a ressecção de segmentos ósseos não é comum. Quando esta ocorre, a ressecção em monobloco do segmento ósseo envolvido com a peça operatória está indicada. Se o tumor não é de origem neurogênica, frequentemente os gran-

des nervos podem ser preservados. A infiltração de grandes vasos, arteriais ou venosos não é frequente. Habitualmente, essas estruturas são deslocadas pelo tumor.

Quando segmentos arteriais ou venosos estiverem infiltrados, e for possível ressecção sem deixar tumor residual, eles devem ser ressecados em monobloco com o tumor. Segmentos venosos são ressecados com maior frequência devido à presença de trombos ou êmbolos tumorais. Os segmentos das grandes artérias necessitam substituição por próteses, o que nem sempre ocorre com os segmentos venosos, por que frequentemente já se desenvolveu circulação colateral que dispensa o uso de próteses.

Na ressecção múltipla, resseca-se o tumor em monobloco com uma ou mais estruturas e/ou órgão que se pressupõe macroscopicamente infiltrados. Esse procedimento é mais comum em SPM do retroperitônio. As amputações e desarticulações, hoje, são procedimentos pouco indicados e se reservam a grandes tumores não radio e quimiorresponsivos, e não passíveis de ressecção adequada. A cirurgia de Tikhoff-Linberg é indicada para grandes tumores da região escápulo-umeral que deixam livre o feixe vasculonervoso, e não são passíveis de ressecções menos extensas. Essa cirurgia, na sua forma clássica, consiste na ressecção da escápula, terço externo da clavícula, terço proximal do úmero em monobloco com o tumor e as partes que o envolvem, preservando-se o membro. Os resultados estéticos e funcionais deste procedimento são gratificantes, quando comparados à amputação interescapulotorácica.

Tratamento Multidisciplinar

Nos SPM de adultos, o tratamento multidisciplinar, embora não tenha gerado impacto na sobrevida, contribui significativamente para a melhora da qualidade de vida pela preservação de membros. O grupo de tratamento multidisciplinar permitiu que passássemos da era da cirurgia radical isolada, com altas taxas de amputações e desarticulações para a era moderna, com altos índices de preservação de membros. As taxas de amputações e desarticulações, até meados da década de 70, nos centros de referência, variavam de 32% a 47%. A razão é que até esta época esses tumores eram considerados radio e quimiorresistentes, e, assim

sendo, todas as vezes que eles estivessem juntos, ou se aproximassem do osso ou feixe vasculonervoso, o paciente era submetido à amputação ou desarticulação.

Em meados da década de 70, iniciou-se o tratamento multidisciplinar dos SPM em vários centros de referência. O racional para tal procedimento foi que a associação da radio e quimioterapia à cirurgia poderia permitir a realização de cirurgias preservadoras de membros, sem prejuízo do controle local da doença, e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida.

Aqueles tumores passíveis de ressecção adequada devem ser ressecados primariamente sem nenhum tratamento prévio, e o uso da radio e/ou quimioterapia ficará na dependência do tamanho do tumor, do seu grau de malignidade, localização e situação microscópica das margens. Existem pelo menos três razões para o uso da quimioterapia associada à radioterapia pré-operatória nos tumores de alto grau de malignidade: (1) em função do alto índice de metástases, é possível que o tratamento sistêmico precoce seja benéfico; (2) se o quimioterápico for efetivo, ele contribui para reduzir o volume tumoral, permitindo cirurgia oncológicamente adequada; (3) após a ressecção, é possível avaliar a maior ou menor efetividade da droga, em função da necrose tumoral. Trabalhos pioneiros da Universidade da Califórnia mostraram que pacientes portadores de grandes tumores de alto grau, não passíveis de ressecção adequada, e candidatos a amputações, caso fossem tratados somente pela cirurgia, tiveram taxas de preservação de membros variando de 91% a 96%, com o uso de quimioterapia intra-arterial (Qtia) e radioterapia pré-operatória. A droga mais usada foi a Doxorubicina, na dose de 30 mg por dia em infusão contínua durante três dias, seguida de radioterapia e posteriormente cirurgia.

A dose de radioterapia concomitante à quimioterapia intra-arterial deve ser em torno de 2500 cGy, para diminuir os efeitos colaterais decorrentes da ação potencializante da droga sobre a irradiação.

Melhora na abordagem dos pacientes portadores de SPM só ocorrerá quando os médicos reconhecerem a necessidade de centralizar os cuidados com esses pacientes, em centros de referência, que trabalham com protocolos cooperativos e padronizados. Patologistas, oncologistas clínicos, radioterapeutas e cirurgiões (oncologistas e ortopedistas especializados nesses tumores). Trabalhando em conjunto, muito têm a contribuir para melhorar ainda mais as taxas de so-

brevidade e de preservação de membros.

Fatores Prognósticos

O prognóstico dos portadores de SPM está relacionado a fatores dependentes do tratamento, do tumor e dos pacientes. Os que chegam aos centros de referência com recorrência, e os que têm margem micro e macroscopicamente comprometidas, têm risco relativo significativamente maior para recorrência local e morte pela doença. Isso demonstra a grande importância da primeira cirurgia no controle da doença. Os pacientes mais jovens têm prognóstico um pouco melhor que os mais idosos. Estes pacientes, quando portadores de tumores de alto grau e, especialmente, do grupo do rhabdomyosarcoma, parecem ser os poucos a se beneficiarem da quimioterapia adjuvante. O alto grau de malignidade histológica, a localização profunda, foram fatores que influenciaram significativamente na mortalidade específica pela doença.

O grau de malignidade foi o fator prognóstico mais importante. Como referimos anteriormente, para o planejamento terapêutico, a divisão em alto grau e baixo grau é suficiente. As lesões de baixo grau têm potencial de metástases menor que 15%, e aquelas de alto grau risco maior que 50%. Historicamente, o tamanho tem sido considerado como de pouca importância no comportamento biológico, mas, progressivamente, tem-se observado que as lesões de grande tamanho associam-se à recorrência tardia. A localização profunda, ou seja, abaixo da fâscia, também é fator determinante de mau prognóstico. Os SPM constituem um grupo complexo e heterogêneo de tumores que, mesmo dentro de subgrupos de pacientes com características clínicas e histopatológicas semelhantes, apresentam, por vezes, evolução e prognóstico diferentes. Isso deve estar ocorrendo porque os sistemas de estadiamento destes tumores não consideram aspectos biomoleculares que talvez possam ser úteis para agrupá-los de maneira diferente e, assim, contribuir para melhor definir o prognóstico. Estudos recentes têm procurado correlacionar os genes p53, Rb, h-mdm-2, o Ki-67 e a ploidia com o prognóstico em SPM.

Relato de Caso

Paciente, oriundo de área rural, relatou ob-

servação de aumento de volume em região escapular esquerda há aproximadamente 1 ano. Fez tratamento clínico, sem êxitos. Foi encaminhado ao Serviço de Cirurgia Torácica do Hospital Municipal Munir Rafful (HMMR), em Volta Redonda, R.J., no dia 08/07/2005. Submetido à biópsia incisional no dia 11/07/2005. Alta para acompanhamento ambulatorial. Foram solicitados exames pré-operatórios de rotina e programada ressecção tumoral ampla. Ao exame físico, bom estado geral, eunéico, corado e hidratado. ACV. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normofonéticas. AR: Murmúrios vesiculares presentes e simétricos, sem ruídos adventícios. Presença de volumosa lesão em região dorsal sobre a escápula direita, com aproximadamente 10X10X10 cm, endurecida, bem vascularizada, aderida aos planos profundos, e pouco dolorosa. Presença de infiltração da pele pela lesão (Fig. 1). Abdome: plano, flácido e indolor a palpação. Demais sistemas, sem alterações.



Fig. 1 – Aspecto da tumoração ao exame físico da parede torácica.

Exames Complementares

-HCT-40,5%; Hgb-14,1g%; Hemácias-5,14milhoes/mm³;
 -Leucócitos-6.300/mm³ (seg-72%;eos-3,8%; linf-18%,Mono-4,7%); plaquetas-283.000
 -TP-15,2 seg (83%); TTPa35,3seg.; alfa-fetoproteína-2,2;
 -Glicose-84; Uréia-26; Creatinina-1,0; ácido úrico-4,1; TGO-20; TGP-21; Fosfatase alcalina-157; albumina-3,8; Na-137; K-4,0; Ca-8,7; GGT-46
 -Espirometria: CVF 2,68l (101%) ; 3,28l (123%)
 VEF(1) 1,77 (85%); 2,25 (108%)
 -Radiograma de tórax (Fig 2).
 -Tomografia computadorizada de tórax com contraste (Fig. 3).

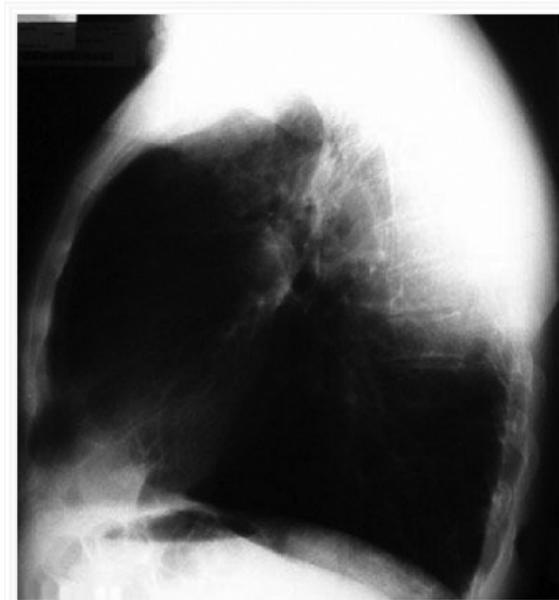


Fig. 2 – Radiografia simples de tórax, perfil, demonstrando a tumoração na parede torácica posteriormente.



Fig. 3 – Tomografia computadorizada de tórax, evidenciando a tumoração pré-escapular à direita. Observa-se nítido plano de clivagem entre a tumoração e a escápula direita.

Diagnóstico Histopatológico

O resultado histopatológico da biópsia incisional realizada dia 11/07/2005 foi de angiossarcoma Pouco Diferenciado.

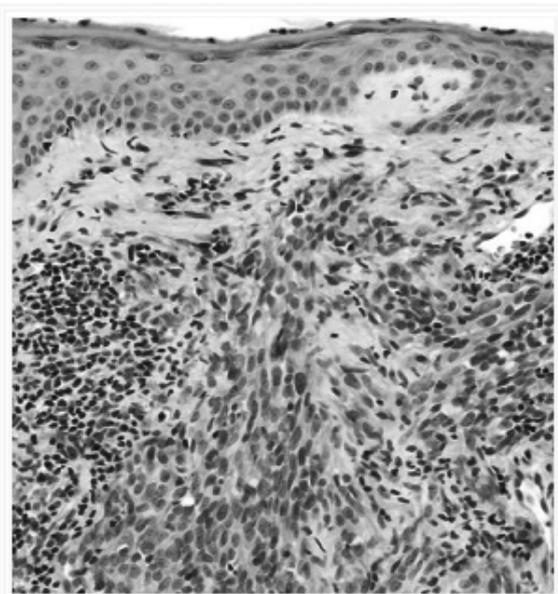


Fig. 4 – Aspecto microscópico da peça cirúrgica

Procedimento Cirúrgico

A ressecção da tumoração foi ampla: superiormente toda a pele foi ressecada sobre a lesão; lateralmente foi mantida uma borda de, aproximadamente, 10 cm em todas as direções; abaixo da lesão as ressecções avançaram até o músculo infra-espinhoso direito. Como havia um nítido plano de clivagem entre a lesão e a parte inferior da escápula, esta foi preservada (Fig. 5). Após rigorosa hemostasia, a ferida cirúrgica foi suturada sem dificuldades e sem necessidades de rotação de retalhos miocutâneos.



Fig. 5 – Detalhe do ato operatório.

Discussão

Os sarcomas são os tumores primários, de parede torácica, mais comuns; com localização em torno de 80% no gradil costal e 20% no esterno.

Geralmente apresentam crescimento lento, com altos índices de recidiva local e frequentes metástases à distância.

O tamanho da lesão, grau de diferenciação e localização, estão associados aos fatores prognósticos.

Em lesões com menos de 5 cm e com baixo grau de diferenciação, está indicada a ressecção cirúrgica sem tratamento adjuvante, com sobrevida de 90% em 5 anos.

O AJCC (American Joint Committee on Cancer) inclui o grau histológico (G) no estadia Bibliografia Thoracic Surgery – I. Pearson, F. Griffith; 1995 Churchill livingstone

Dang, N. C.; Siegel, S.E.; Phillips, J.D Malignant chest wall tumors in children and young adults; Journal of pediatric surgery, vol.34 nº12 (december), 1999; pp1773-1778

Athanassiadi, K.; Kalavrouziotis, G.; Rondogianni, D.; Loutsidis, A.; Hatzimichalis, A.; Bellenis, I. Primary chest wall tumors: early and long-term results of surgical treatment; European Journal of cardio-thoracic surgery 19 (2001)589=593

Watt, A. J. B. Chest wall lesions; Pediatric Respiratory reviews (2002) 3, 328-338

Warzelhan J., Stoelben E., Imdahl ^a, Hasse J. Results in surgery for primary and metastatic chest wall tumors, European Journal of cardio-thoracic surgery 19 (2001)584-588.

Referências

Thoracic Surgery – I. Pearson, F. Griffith; 1995 Churchill livingstone

Dang, N. C.; Siegel,S.E.; Phillips,J.D *Malignant chest wall tumors in children and young adults; Journal of pediatric surgery, vol.34 n°12* (december),1999;pp1773-1778

Athanassiadi,K.; Kalavrouziotis, G.; Rondogianni, D.; Loutsidis, A.; Hatzimichalis, A.; Bellenis, I. *Primary chest wall tumors: early and long-term results of surgical treatment; European Journal of cardio-thoracic surgery 19* (2001)589=593

Watt, A. J. B. *Chest wall lesions; Pediatric Respiratory reviews* (2002) 3, 328-338

Warzelhan J., Stoelben E., Imdahl ^a, Hasse J. *Results in surgery for primary and metastatic chest wall tumors, European Journal of cardio-thoracic surgery 19* (2001)584-588.

Thomas F. Delaney, MD; David C Harmon,MD. *Treatment of soft tissue sarcoma ofextremities*. Up to Date, version 14.1. September 22,2005.

Nascimento A; Oliveira AM. Patologia Geral. In: Lopes A. *Sarcoma de Partes Moles*. Rio de Janeiro, Medsi Editora Médica e Científica Ltda., 1999:41-68.

Lopes A et al. *Princípios da cirurgia e planejamento terapêutico*. In: *Sarcomas de Partes Moles*. Rio de Janeiro. Medsi Editora Médica e Científica Ltda. 1999:113-27

Informações bibliográficas:

Conforme a NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), este texto científico publicado em periódico eletrônico deve ser citado da seguinte forma:

TAVARES, M.. *Sarcomas de Partes Moles, Revisão de Literatura a Propósito de um Caso.. Cadernos UniFOA*, Volta Redonda, ano II, n. 4, agosto. 2007. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/edicao/04/88.pdf>>