

SARCOMA DA PAREDE ABDOMINAL

ABDOMINAL WALL SARCOMA

Henrique Furuno da SILVA¹, Cassio ZINI², Flavia Vernizi ADACHI², Plinio GASPERIN JUNIOR², Carlos Roberto CARON², Fernanda Marcondes RIBAS²

REV. MÉD. PARANÁ/1672

INTRODUÇÃO

Os sarcomas são um grupo heterogêneo de condições neoplásicas raras e malignas com maior prevalência em homens adultos¹. Os sarcomas de tecidos moles correspondem a 1% dos tumores malignos em adultos², e a ocorrência na parede abdominal é considerada rara (0,1%) dos tumores malignos. Esta neoplasia tem origem em células mesenquimais de vários locais: adipócitos, músculos, vasos sanguíneos, cartilagem, nervos e ossos¹. O potencial de destruição e recorrência do tumor depende do tipo histológico e grau de mitoses, e análises imunoistoquímica são particularmente importantes para definir a fonte do tumor e prognóstico para os pacientes³.

Este relatório contém descrição de um caso de sarcoma na parede abdominal e o tratamento proposto com a apresentação de grande massa no flanco direito.

RELATO DE CASO

Homem de 46 anos, pardo, sem comorbidades foi encaminhado para o Hospital de Base de Porto Velho, estado de Rondônia, Brasil. Tinha queixa de nódulo palpável grande e indolor no flanco direito, tendo aparecido 2 meses antes sem outros sintomas associados. Era não fumante e não tinha histórico familiar de neoplasias. Tomografia computadorizada revelou tumor sólido na parede abdominal envolvendo os músculos anterolaterais, medindo cerca de 10x12 cm nos seus principais diâmetros, sugestivos de tumor primário da parede abdominal (Figura 1). Tomografia do tórax não mostrou evidência de metástases. A biópsia por agulha do centro do tumor revelou ser sarcomatoso mixóide de alto grau.



FIGURA 1 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME MOSTRANDO TUMOR COM DENSIDADE HETEROGÊNEA NA PAREDE ABDOMINAL ANTEROLATERAL (FLANCO DIREITO) MEDINDO 12X10 CM.

O paciente foi submetido à ressecção monobloco com incisão elíptica de todas as camadas da parede abdominal, incluindo a pele e o peritônio da região anterolateral do abdome, estendendo-se à região lombar direita e segmento da 12ª costela e de uma pequena porção da inserção do diafragma na região dos músculos ressecados (Figura 2A). A reconstrução da parede abdominal foi realizada com 30x30 cm de malha de polipropileno após suturar o omento maior ao longo toda a borda do defeito da parede abdominal, a fim de evitar as alças intestinais de aderirem à prótese. A malha foi fixada em com 2 pontos de polipropileno não absorvível em pontos separados (Figura 2B). O fechamento primário da pele foi realizado com nylon 4.0 suturas, e foi necessária a drenagem pleural do selo d'água devido à abertura da cavidade pleural direita durante o procedimento. O paciente evoluiu satisfatoriamente, recebeu alta no 4º pós-operatório, dia seguinte à remoção do dreno torácico e foi acompanhado no pós-operatório por três anos sem recidiva local ou distante metástases (Figura 2C).



FIGURA 2 – A) ESPÉCIME CIRÚRGICO COM TODAS AS CAMADAS DA PAREDE ABDOMINAL NO FLANCO JUNTAS COM O SEGMENTO DA 12ª COSTELA DIREITA RESSECADA; B) RECONSTRUÇÃO DA PAREDE COM FIXAÇÃO DA TELA DE POLIPROPILENO ANTERIOR À APONEUROSE E SUTURA DO MOMENTO MAIOR DENTRO DO DEFEITO DA PAREDE E PRESENÇA DE DRENAGEM PLEURAL ASSOCIADA AO PROCEDIMENTO; C) RESULTADO APÓS TRÊS ANOS DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

DISCUSSÃO

Os sarcomas da parede abdominal se manifestam como uma massa abdominal indolor de crescimento progressivo e geralmente são diagnosticados quando atingem tamanho de mais de 5 cm, quando são facilmente palpáveis. O principal diferencial no diagnóstico desses sarcomas são hérnias da parede abdominal além de tumores benignos, principalmente as chamadas fibromatoses (tumor desmoide)¹. A presença de massa indolor na parede abdominal com tamanho acima de 5 cm aumenta a chance de malignidade⁴, e esse fato também foi observado no caso relatado, onde havia uma grande massa indolor no flanco direito.

Na avaliação diagnóstica de sarcomas de extremidades, a ressonância magnética tem especificidade superior à tomografia computadorizada; nos tumores da parede abdominal a tomografia

Trabalho realizado no ¹Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil; ²Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

DESCRIPTORES - Sarcoma de parede abdominal. Sarcoma de tecidos moles. Cirurgia.

HEADINGS - Abdominal wall sarcoma. Soft tissue sarcoma. Surgery.

abdome permite melhor avaliação da relação do tumor com órgãos vitais e estruturas intra-abdominais, como os intestinos¹. Todos os casos confirmados também devem ser submetidos à tomografia computadorizada do tórax em busca de metástases pulmonares⁵.

A biópsia da massa abdominal suspeita deve ser realizada antes da ressecção cirúrgica em todos os casos em uso e com sensibilidade de 80-95%, na definição da presença ou ausência de malignidade³. O método mais adequado é a biópsia com agulha do tumor usando uma ou mais punções. O subtipo de tumor foi atribuído com precisão em 89,5% dos tumores benignos e 88% dos sarcomas⁶ e o local da punção deve ser incluído na peça a ser ressecada¹. No caso relatado aqui, o método diagnóstico de escolha foi a biópsia por agulha do tumor juntamente com um estudo histopatológico e imunoistoquímico.

O tratamento do sarcoma da parede abdominal consiste na ressecção em bloco da lesão com margem mínima de 3 cm de tecido, envolvendo toda a largura da parede abdominal e possivelmente envolvendo também a ressecção de estruturas adjacentes ou mesmo órgãos internos, se houver aderência ou invasão tumoral^{1,7}. Reconstrução da parede abdominal pode ser realizada com retalhos miocutâneos ou malha sintética ou combinação dos dois

métodos^{1,4}. Hoje em dia, o uso de malha abdominal de dupla face é indicado com mais frequência no fechamento dos principais defeitos da parede abdominal com o objetivo de evitar aderências de alças intestinais à tela e formação de fistula. Malha simples de polipropileno (apenas uma disponível no serviço na época) foi utilizada no caso em questão, mas o uso do omento maior com sutura ao longo de toda a borda do defeito da parede abdominal e o posicionamento da tela era tática cirúrgica simples, porém eficaz, para impedir que a malha aderisse às alças intestinais¹.

Tumores classificados por histologia como de alto grau e com diâmetros maiores que 5 cm estão relacionados ao desenvolvimento de metástases, particularmente do tipo pulmonar¹. Outro aspecto que dificulta a cura de sarcomas é o risco de recorrência local devido ao comprometimento margens cirúrgicas, mesmo que sejam microscópicas chamadas ressecção R1⁷. Caso contrário, a ressecção R0 é a meta ideal e pode aumentar as taxas de 5 anos livre de tumor por mais de 90%⁷. O paciente estudado neste caso exibiu margens cirúrgicas livres e foi acompanhado por três anos sem recorrência local ou metástase distante.

REFERÊNCIAS

1. Williams KJ, Hayes AJ (2014) Um guia para o tratamento oncológico de tumores de tecidos moles da parede abdominal. *Hernia* 18: 91-97. [Crossref]
2. Wilmar JS, Manoel, Silveira Júnior BJQ, Abreu LP, Abreu Neto DCB, et al. (2008) Sarcomas de alto grau: estudo retrospectivo de 131 casos. *Rev Col Bras Cir* 35: 83-87.
3. Salas SB, Stoeckle B, Terrier E, Collin P, Leroux F, et al. (2009) Sarcomas de tecido mole da parede do tronco (STS-TW): um estudo de 343 pacientes do banco de dados do French Sarcoma Group (FSG). *Ann Oncol* 20: 1127-1135. [Crossref]
4. Stojadinovic A, Hoos A, Karpoff HM, Leung DH, Antonescu CR, et al. (2001) Tumores de tecidos moles da parede abdominal: análise de padrões e tratamento de doenças. *Arch Surg* 136: 70-79. [Crossref]
5. García Del Muro X, Martín J, Maurel J, Cubedo R, Bagué S, et al. (2011) Sarcomas de tecidos moles: diretrizes de prática clínica. *Med Clin (Barc)* 136: 408. [Crossref]
6. Strauss DC, Qureshi YA, Hayes AJ, Thway K, Fisher C, et al. (2010) O papel da biópsia por agulha no diagnóstico de suspeita de tumores de tecidos moles. *J Surg Oncol* 102: 523-529. [Crossref]
7. O'Donnell PW, Griffin AM, Eward WC, Sternheim A, Catton, CN, Chung PW (2014) O efeito da fixação de uma margem cirúrgica positiva no sarcoma de tecidos moles. *Cancer* 120: 2866-2875. [Crossref]