

SARCOMA PÉLVICO TRATADO COM EXENTERAÇÃO PÉLVICA TOTAL AMPLIADA E RECONSTRUÇÃO ARTERIAL E VENOSA COM PRÓTESE - RELATO DE CASO*

Pelvic Sarcoma Treated with Extended Total Exenteration and Prosthetic Arterial and Venous Reconstruction - Case Report

Luis Fernando Pinto Johnson¹, Ivan Marcelo Gonçalves

Agra¹ e Ademar Lopes²

Resumo

Descrevemos caso de paciente com sarcoma pélvico submetido a exenteração pélvica total incluindo testículo esquerdo e vasos ilíacos esquerdos com reconstrução protética venosa e arterial. O impacto da ressecção completa na sobrevida global é enfatizada já que nem a radioterapia ou a quimioterapia tem tido melhores resultados que o tratamento cirúrgico isolado ou associado a estes em sarcomas de baixo grau. A reconstrução vascular não é freqüentemente realizada para este tipo de tumor, mas pode ser necessária para conseguir-se ressecção adequada e preservação de membros aumentando a sobrevida destes pacientes no que tange a possibilidade de ressecção completa. A reconstrução ideal permanece controversa quando há ressecção venosa porém bons resultados podem ser conseguidos com o uso de material protético.

Palavras-chave: sarcoma, neoplasias pélvicas, reconstrução vascular, prótese.

Abstract

We describe a case of a patient with pelvic sarcoma submitted to extended total pelvic exenteration including left testicle and left external iliac vessels with arterial and venous prosthetic reconstruction. The impact of the complete resection in the overall survival is emphasized because neither radiotherapy or chemotherapy have had better results than surgery alone or associated in low grade retroperitoneal sarcoma. Vessel resection is not frequently done for this tumor but can be necessary to achieve an adequate resection and limb - salvage, rising the overall survival of this patients. The optimal reconstruction remains unclear when vein is resected but good results can be achieved with prosthetic material.

Key words: retroperitoneal sarcoma, pelvic exenteration, vascular reconstruction, limb - salvage.

* Trabalho realizado no Depto. de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer A.C. Camargo - Fundação Antônio Prudente, R. Professor Antônio Prudente 211, Liberdade, 01509-900 São Paulo, SP. Enviar correspondência para A.L. E-mail: lopesa@uol.com.br

¹ Residente em Cirurgia Oncológica

² Diretor do Departamento, Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - TCBC-SP

INTRODUÇÃO

Os sarcomas do retroperitônio são tumores raros que perfazem aproximadamente 10% a 15% de todos os sarcomas de partes moles, cuja incidência é de apenas 1%. A localização pélvica é encontrada em aproximadamente 30% dos casos. A ressecção adequada é tecnicamente difícil devido à íntima relação com as estruturas contidas na cavidade pélvica além de suas paredes ósseas. A ressecção completa é o melhor indicador prognóstico dependente de tratamento para este tipo de tumor, o que justifica as grandes ressecções. O primeiro artigo sobre exenterações pélvicas foi publicado por Brunschwigs em 1948 relacionado a câncer ginecológico. Este tipo de cirurgia, não obstante a morbi-mortalidade, tem tido suas indicações ampliadas para outros tipos de neoplasias assim como tem sido modificada no decorrer dos anos.

RELATO DE CASO

J.V.S.F., 52 anos, masculino, apresentava dor hipogástrica e lombar há 2 meses associada a aumento do volume abdominal, perda ponderal de 15kg, polaciúria e edema de membro inferior esquerdo. O exame físico mostrou extensa tumoração preenchendo toda a cavidade pélvica estendendo-se até acima da cicatriz umbilical. Ao toque retal a lesão estava fixa ao púbis e parede do reto até a linha pectínea fazendo corpo com a região prostato-vesical. À tomografia abdominopélvica (Fig. 1) observa-se extensa tumoração pélvica desviando para à direita a bexiga,

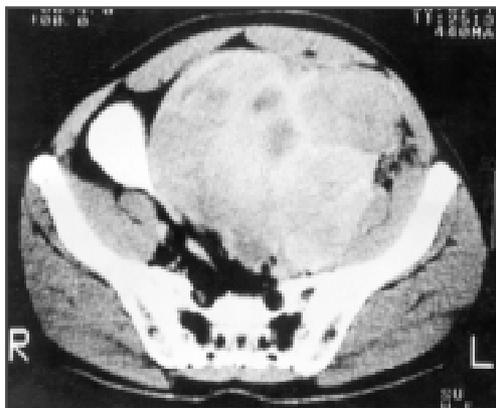


Figura 1 - Tomografia computadorizada evidenciando extensa tumoração pélvica com deslocamento para à direita da bexiga, envolvimento dos vasos ilíacos externos e musculatura ilíaca.

comprimindo reto e sigmóide, sem evidenciar os vasos ilíacos esquerdos. Foi submetido em outro serviço à laparotomia exploradora, quando realizou-se apenas biópsia da lesão (sarcoma pleomórfico). Foi novamente submetido à laparotomia exploradora através de incisão abdomino-inguinal onde notamos tumor pélvico que acometia retosigmóide, bexiga, próstata, cordão inguinal esquerdo e vasos ilíacos esquerdos. Realizada exenteração pélvica total, orquiectomia esquerda e ressecção de vasos ilíacos comuns e externos esquerdos. Durante o ato cirúrgico houve a necessidade de realizar *shunt* aorto-femural para garantir a irrigação do membro inferior esquerdo durante a ressecção do tumor. A reconstrução vascular foi realizada com próteses tipo Dácron (Fig. 2), enquanto que a urinária e fecal com ureteroileostomia à Bricker e colostomia respectivamente. O paciente evoluiu sem intercorrências com alta no 10º. dia de pós-operatório estando vivo e assintomático 2 anos e 4 meses. O estudo anatomopatológico revelou tratar-se de liposarcoma de baixo grau.

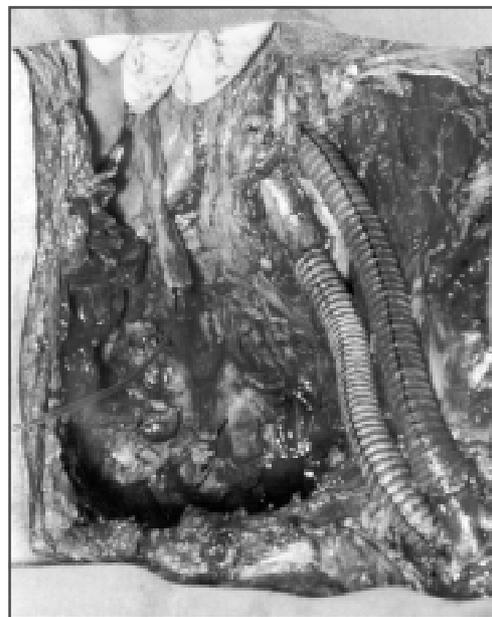


Figura 2 - Cavidade pélvica após exenteração total, vendo-se inferiormente o arco púbico, posteriormente a fascia pre-sacral, lateralmente próteses substituindo os segmentos dos vasos iliofemorais esquerdos que foram ressecados e superiormente o ureter esquerdo seccionado.

DISCUSSÃO

A cirurgia é a principal forma de tratamento dos sarcomas retroperitoneais. Nos

tumores de baixo grau, como no caso descrito, a radioterapia e a quimioterapia não trazem nenhum benefício. A ressecção completa é o principal fator prognóstico dependente do tratamento, e o grau de malignidade histológica o mais relevante em relação ao tumor¹. Assim sendo, o cirurgião não deve medir esforços para ressecar estas lesões, especialmente aquelas de baixo grau. A ressecção em bloco de grandes vasos nos sarcomas retroperitoneais não é muito freqüente, sendo mais comum em sarcomas de membros, chegando a até 5% de todos os pacientes tratados². A reconstrução vascular com próteses é freqüentemente relatada com relação ao componente arterial não ocorrendo o mesmo com relação a reconstrução venosa onde é dada preferência a enxertos^{2,3,4,5}. Em algumas situações quando uma grande veia está envolvida pelo tumor e haja circulação colateral, esta pode ser ressecada sem reconstrução. A maior objeção às próteses venosas é a obstrução devido ao baixo fluxo, porém quando se utilizam próteses de "Gortex" este risco é muito baixo.

A sobrevida livre de doença e global não é afetada pela ressecção vascular em si, mas pelo tipo de ressecção (se completa ou não)^{2,3,4} e pelo grau histológico do tumor no que refere-se aos sarcomas de retroperitônio.

Embora a ressecção de grandes vasos não seja freqüentemente realizada, esta parece justificada naqueles casos onde a única maneira de remover o tumor completamente com

margens adequadas seja através deste tipo de abordagem, já que como foi dito, o tratamento deste tipo de tumor é essencialmente cirúrgico sendo a ressecção completa o fator prognóstico principal com relação a sobrevida global, além do que permite a preservação de membros naqueles casos que comprometem a sua irrigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bevilacqua RG, Rogatko A, Hadjdu SI, Brennan MF. Prognostic factors in primary retroperitoneal soft-tissue sarcomas. *Arch Surg* 1991;126:328-34.
2. Karakousis CP, Karmaliotis C, Driscoll DL. Major vessel resection during limb-preserving surgery for soft tissue sarcomas. *World J Surg* 1996;20:345-50.
3. Koperna T, Teleky B, Vogl S, Windhager R, Kainberger F, et al. Vascular reconstruction for limb salvage in sarcoma of the lower extremity. *Arch Surg* 1996;131:1103-7.
4. Fortner JG, Kim DK, Shiu MH. Limb-preserving vascular surgery for malignant tumors of the lower extremity. *Arch Surg* 1977;112:391-4.
5. Imparato AM, Roses DF, Francis KC, Lewis MM. Major vascular reconstruction for limb salvage in patients with soft tissue and skeletal sarcomas of the extremities. *Surg Gynecol Obstet* 1978;147: 891-6.