

# Sarcomas de partes moles: análise de 73 casos

WILMAR JOSÉ MANOEL<sup>1</sup>, CARLOS INÁCIO DE PAULA<sup>2</sup>, ROBERTO CÉSAR DE CONTI<sup>2</sup>, DEIDIMAR CÁSSIA BATISTA<sup>3</sup>

**Unitermos:** Sarcoma — Partes moles. Tumores — Partes moles.

**Key words:** Soft tissue — Sarcomas. Soft tissue — Tumors.

**RESUMO** — Os autores analisam 73 casos de sarcoma de partes moles tratados no Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, no período de fevereiro de 1967 a dezembro de 1983. Trinta dos 73 casos foram a óbito em menos de dois anos de seguimento por apresentarem doença avançada. Dos 43 pacientes restantes, 17 tiveram destino ignorado, um foi a óbito por disseminação metastática, 19 estavam vivos sem evidência da doença e seis estavam vivos com evidência da doença após cinco anos de seguimento.

## INTRODUÇÃO

Embora encontrados em todos os grupos etários<sup>(5)</sup>, os sarcomas de partes moles são tumores pouco frequentes, com incidência que varia de 0,7 a 1,0%<sup>(2,6)</sup> de todas as neoplasias. Seu relativo grau de malignidade, entretanto, bem como a dificuldade freqüentemente encontrada na sua classificação, continua fazendo destes tumores um desafio ao clínico e ao patologista<sup>(1,8,10)</sup>.

Os sarcomas de partes moles podem ser definidos como aqueles tumores originados dos tecidos do mesênquima primitivo, excluindo o sistema retículo endotelial, o sistema hematopoiético, cartilagens e ossos. Assim englobam os tumores que reproduzem o tecido gorduroso, as fâscias, os músculos, o tecido fibroso e o tecido circundante de nervos e algumas estruturas linfáticas e vasculares. Freqüentemente originam-se como pequenas lesões de aparência clinicamente inocente<sup>(5)</sup>; por outro lado podem tornar-se grandes massas envolvendo estruturas vitais, metastatizando geralmente por via hematogênica<sup>(2,6)</sup>.

As metástases linfáticas são menos comuns, com exceção do sarcoma sinovial, sarcoma epitelióide e rabdo-

miossarcoma. São tumores altamente agressivos, se tratados inadequadamente, e o prognóstico está na dependência da localização, do tipo histológico, do tamanho da lesão, do grau histológico, presença de invasão neural, linfática e vascular e presença ou não de metástases<sup>(2,7)</sup>.

Neste estudo revemos o material do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás no período de fevereiro de 1967 a dezembro de 1983.

## CASUÍSTICA

Durante o período de fevereiro de 1967 a dezembro de 1983 foram atendidos, no Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás, 149 pacientes portadores de sarcoma de partes moles. Fibrossarcoma representou 44,3% do total dos casos, constituindo-se na maioria, seguido de rabdomiossarcoma 17,5%; lipossarcoma 8,1% e outros 30,0% (tabela 1). Setenta e sete pacientes (51,7%) eram do sexo masculino (tabela 2). A faixa etária variou de quatro meses a 78 anos (média de 38,1 anos), com maior incidência na 2.<sup>a</sup> a 5.<sup>a</sup> décadas (tabela 3). A queixa principal foi tumor visível e/ou palpável em 88,6% dos casos, e a dor esteve presente em apenas 23,5%.

Em 61 pacientes (40,9%) a lesão se localizava no tronco, 56 (37,6%) em membros inferiores, 21 (14,1%) em membros superiores e em 11 casos (7,4%) em cabeça e pescoço (tabela 4).

Treze dos 149 pacientes (8,7%) não foram tratados por serem considerados fora de possibilidade terapêutica

Trabalho realizado no Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás. Aprovado para publicação em 13/7/88.

1. Chefe do Depto. de Tecido Conjuntivo do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás.
2. Titular do Depto. de Tecido Conjuntivo do Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer em Goiás.
3. Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

**TABELA 1**  
Distribuição por tipo histológico

Tipo histológico	Nº de casos	%
Fibrossarcoma	66	44,3
Rabdomiossarcoma	26	17,5
Lipossarcoma	12	8,1
Sarcoma sinovial	9	6,1
Neurofibrossarcoma	6	4,0
Leiomiiossarcoma	6	4,0
Sarcoma anaplásico	6	4,0
Sarcoma não classificado	5	3,4
Sarcoma indiferenciado	3	2,0
Dermatofibrossarcoma protuberans	2	1,3
Hemangiiossarcoma	3	2,0
Angiiossarcoma	2	1,3
Sarcoma de Kaposi	2	1,3
Sarcoma misto	1	0,7
Total	149	100,0

**TABELA 2**  
Distribuição por sexo

Sexo	Nº de casos	%
Masculino	77	51,7
Feminino	72	48,3
Total	149	100,0

devido ao estágio avançado da doença ou por recusarem o tratamento proposto. Somente 73 pacientes (49,1%) se prestaram à análise e foram excluídos os casos com destino ignorado antes de dois anos de seguimento.

## TRATAMENTO

Nos 73 casos avaliáveis deste estudo, 69 (94,5%) foram submetidos a tratamento cirúrgico isolado ou associado a quimioterapia ou radioterapia (tabela 5). Mais do que o tipo histológico, a amplitude da cirurgia foi determinada pela extensão e localização da lesão. Amputação ou desarticulação foi realizada em 11 casos (16,0%) (tabela 6). Um destes pacientes com sarcoma de células indiferenciadas do quadril submeteu-se a hemipelvectomia, sendo esta a cirurgia de maior porte. As ressecções alargadas, reconstruções com rotações de retalhos ou enxertos de pele foram praticadas em 49 pacientes (71,0%) (tabela 7).

**TABELA 3**  
Distribuição por faixa etária

Idade (anos)	Nº de casos	%
0 — 10	13	8,7
10 — 20	22	14,8
20 — 30	24	16,1
30 — 40	22	14,8
40 — 50	25	16,7
50 — 60	22	14,8
60 — 70	11	7,4
70 — 80	10	6,7
Total	149	100,0

**TABELA 4**  
Distribuição por topografia

Localização anatômica	Nº de casos	%
Tronco	61	40,9
Membros inferiores	56	37,6
Membros superiores	21	14,1
Cabeça e pescoço	11	7,4
Total	149	100,0

**TABELA 5**  
Tipos de tratamento

Tratamento	Nº de casos	%
Cirurgia	20	27,4
Cirurgia + radioterapia	12	16,4
Cirurgia + quimioterapia	15	20,5
Cirurgia + quimioterapia + radioterapia	22	30,1
Quimioterapia	2	2,8
Radioterapia	1	1,4
Quimioterapia + radioterapia	1	1,4
Total	73	100,0

Assim, a cirurgia constou de ressecções visando a maior margem possível de segurança em torno do tumor, procurando o controle loco-regional da enfermidade.

A radioterapia foi indicada nos casos em que a margem cirúrgica, por razões anatômicas, não foi considerada ideal, sendo efetuada cobaltoterapia na dosagem de 5.000 a 6.000 rad em cinco a seis semanas, sobre o leito cirúrgico. A radioterapia pré-operatória não foi usada.

A quimioterapia, sempre associada às demais modalidades terapêuticas (tabela 5), foi realizada de início nos

**TABELA 6**  
Tratamento cirúrgico

Amputação/Desarticulação	Nº de casos	%
Rabdomiossarcoma	1	9,1
Fibrossarcoma	6	54,5
Neurofibrossarcoma	1	9,1
Lipossarcoma	1	9,1
Sarcoma de células indiferenciadas	1	9,1
Sarcoma anaplásico	1	9,1
Total	11	100,0

**TABELA 7**  
Tratamento cirúrgico

Ressecção alargada	Nº de casos	%
Fibrossarcoma	22	44,9
Rabdomiossarcoma	10	20,4
Lipossarcoma	6	12,3
Leiomiiossarcoma	3	6,2
Neurofibrossarcoma	1	2,0
Dermatofibrossarcoma protuberans	2	4,1
Sarcoma anaplásico	2	2,0
Sarcoma não classificado	1	2,0
Sarcoma misto	1	2,0
Sarcoma de Kaposi	2	4,1
Total	49	100,0

**TABELA 8**  
Sobrevida em anos

Tipo histológico	5 anos		> 5 anos	
	SED %	CED %	SED %	CED %
Fibrossarcoma	8 32,0	5 20,0	6 35,3	3 17,6
Rabdomiossarcoma	2 8,0	— 0,0	1 5,9	1 5,9
Lipossarcoma	7 28,0	— 0,0	4 23,5	— 0,0
Sarcoma de Kaposi	— 0,0	1 4,0	— 0,0	1 5,9
Dermatofibrossarcoma protuberans	1 4,0	— 0,0	1 5,9	— 0,0
Sarcoma anaplásico	1 4,0	— 0,0	— 0,0	— 0,0
Total		25 100,0		17 100,0

SED = sem evidência de doença; CED = com evidência de doença.

Desse grupo de 43 pacientes, após cinco anos de seguimento, 19 (44,2%) se encontravam sem evidência da doença, seis (13,9%) com evidência da doença, um (2,4%) foi a óbito por disseminação metastática e 17 (39,5%) tiveram destino ignorado. A análise dos prontuários deste último grupo mostra que 13 pacientes (76,5%) acompanhados até dois anos mostravam-se vivos e sem evidência da doença. Portanto as percentagens reais de sobrevida seriam melhores que as apresentadas se considerada a grande possibilidade de vários desses pacientes ainda se encontrarem vivos.

## DISCUSSÃO

A cirurgia é o tratamento eletivo para os sarcomas de partes moles e se baseia no estadiamento, levando em conta principalmente a localização do tumor e o tamanho<sup>(1)</sup>.

O objetivo da cirurgia é o controle loco-regional da doença procurando ressecar toda a lesão com ampla margem de segurança. Assim as ressecções alargadas são seguidas, na maioria das vezes, de reconstruções com enxertos ou retalhos de pele e miocutâneos<sup>(3)</sup>.

Às vezes tornam-se necessárias grandes mutilações, como amputações e desarticulações<sup>(3,9)</sup>.

Os tumores do tronco e retroperitônio apresentam altas taxas de recidiva local, pela grande dificuldade em se conseguir margens de segurança adequadas<sup>(4)</sup>.

Nas neoplasias de tipo histológico desfavoráveis, como o sarcoma sinovial, o rabdomiossarcoma e o sarcoma de células epitelióides e ainda tumores próximo a áreas de drenagem linfática e linfonodos clinicamente tumorais, é

tumores mais agressivos com elevado grau de anaplasia. O esquema quimioterápico usado foi o VAC (vincristina, actinomicina D e ciclofosfamida) ou o CYVADIC (ciclofosfamida, vincristina, adriamicina e DTIC). Além disso, foi utilizada nos casos em que apareceram metástases à distância após o tratamento do tumor primário.

## RESULTADOS

Dos 73 pacientes desta casuística, 30 (41,1%) morreram antes de completar dois anos de seguimento após a primeira consulta, 17 dos quais (56,6%) apresentavam doença avançada, sendo submetidos a alguma modalidade terapêutica sem finalidade curativa.

Quanto aos 43 casos (58,9%) que restaram, 24 (55,8%) eram fibrossarcoma, sendo que 13 (54,2%) destes tiveram sobrevida de cinco anos, com oito casos (61,5%) sem evidência da doença. Sete entre oito casos de lipossarcoma (18,6%) tiveram sobrevida superior a cinco anos sem evidência de doença (tabela 8).

recomendável a linfadenectomia da região que estará virtualmente comprometida<sup>(6)</sup>.

A quimioterapia tem sido usada com resultados favoráveis na tentativa de evitar recidiva, de controlar metástases subclínicas, no tratamento de metástases já existentes ou de tumores irresssecáveis. Tem sido usado como tratamento adjuvante a adriamicina e o DTIC, com resultados favoráveis na redução de recidiva sistêmica<sup>(3,11)</sup>. Há protocolos combinando outras drogas<sup>(7)</sup>.

A radioterapia pós-operatória está indicada nos casos de tumores nos quais as margens de ressecção são menores que 2cm, com conseqüente redução da taxa de recidiva local<sup>(3)</sup>.

Em 30 casos em que a radioterapia foi usada no pós-operatório, a recidiva local foi menor, ocorrendo em 36,7%, enquanto ocorreu em 54,8% dos casos em que a cirurgia foi usada isoladamente.

#### SUMMARY

*The authors analyze 73 cases of soft tissue sarcomas, treated at the Hospital Araújo Jorge da Associação de Combate ao Câncer in Goiás, from February/1967 to December/1983. Thirty out of 73 cases were dead within two years of the diagnosis because of advanced disease.*

*From the last 43 cases, 17 were lost from the follow-up, 1 was dead because of spreading metastasis, 19 were alive without evidence of disease, and 6 were alive with evidence of disease after five years of follow-up.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FERREL, HW & FRABLE, WI Soft part sarcomas revisited. *Cancer*, 30: 475-480, 1972.
2. HOEKSTRA, H et al Results of isolated regional perfusion in the treatment of malignant soft tissue tumors of the extremities. *Cancer*, 60: 1.703-1.707, 1987.
3. KARAKOUSIS, CP et al Feasibility of limb salvage and survival in soft tissue sarcomas. *Cancer*, 57: 484-491, 1986.
4. KINNE, DW et al Treatment of primary and recurrent retroperitoneal liposarcoma. *Cancer*, 31: 53-64, 1973.
5. MARTIN, RG et al Soft tissue sarcomas. In: CLARK, RL & HOWE, CD *Cancer patient care*. Chicago, Year Book Medical, 1976. p. 473-483.
6. ROSENBERG, SA et al Sarcomas of soft tissue and bone. In: DeVITA, VT; HELMANN, S; ROSENBERG, SA *Principles and practice of oncology*. Philadelphia, JB Lippincott, 1982. p. 1.036-1.066.
7. ROUSSE, JG et al Prooperative induction chemotherapy in the treatment of locally advanced soft tissue sarcomas. *Cancer*, 60: 296-300, 1987.
8. RUSSEL, WO et al A clinical and pathological staging system for tissue sarcomas. *Cancer*, 40: 1.562-1.570, 1977.
9. SHIU, MH et al Limb preservation and tumor control in the treatment of popliteal and antecubital soft tissue sarcomas. *Cancer*, 57: 1.632-1.639, 1986.
10. SUIT, HD; RUSSELL, WO; MARTIN, RG Sarcoma of soft tissue clinical and histopathologic parameters and response to treatment. *Cancer*, 35: 1.478-1.483, 1975.
11. WILBUR, JR et al Chemotherapy of sarcomas. *Cancer*, 36: 765-769, 1975.

## Sociedades médicas

**Sociedade Paulista de Cancerologia** — Rua Prof. Antônio Prudente, 211 — 01509  
São Paulo, SP.

**Sociedade Brasileira de Cancerologia** — Rua Humberto de Campos, 11  
Graça — 40150 — Salvador, BA.

**FLASCA (Federación Latinoamericana de Sociedades de Cancerologia)**  
(fundada em 16 de setembro de 1985)  
Paraguay, 5.190 — Buenos Aires (1425), Argentina.

**Sociedade Brasileira de Médicos para a Prevenção da Guerra Nuclear**  
(Prêmio Nobel da Paz em 1985).

Informações: Av. Cidade Jardim, 427 — cj. 93 — 01453 — São Paulo, SP.