

LIPOSSARCOMA DE JOELHO EM UM ATLETA DE TÊNIS: RELATO DE CASO

LIPOSSARCOMA OF THE KNEE IN A TENNIS PLAYER: CASE REPORT

Jorge Sayum Filho¹, Jorge Sayum², Rogério Teixeira de Carvalho¹, Emerson Garms¹, Leonardo Addeo Ramos¹, Marcelo Mitsura Matsuda¹, Benno Ejnisman³, Moisés Cohen⁴

RESUMO

O lipossarcoma é uma neoplasia rara, originária de células mesenquimais primitivas e, entre os sarcomas, é o tipo histológico mais frequente. Os autores relatam o caso de um lipossarcoma localizado em região de joelho e coxa posterior distal direita de um paciente de 40 anos, jogador de tênis.

Descritores – Lipossarcoma; Neoplasias Ósseas; Joelho; Atletas

ABSTRACT

Lipossarcoma is an uncommon malignant tumor. It originates in the mesenchymal cells, and is the most common of the soft tissue sarcomas. The authors report a case of a 40 year-old male tennis player with lipossarcoma in the posterior right knee and distal thigh region.

Keywords – *Liposarcoma; Bone Neoplasms; Knee; Athletes*

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 40 anos, branco, jogador amador de tênis, deu entrada no Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia do Hospital e Maternidade Assunção, em São Bernardo do Campo, São Paulo, apresentando tumoração em membro inferior direito, com início há aproximadamente um ano e evolução gradativa. Negava outros sintomas como dor, febre, náuseas ou emagrecimento.

Ao exame físico apresentava bom estado geral, eutrófico, anictérico, acianótico e afebril. Ao exame ortopédico apresentava tumoração na face posterior de joelho e coxa distal direita, de consistência fibroelástica, sem diferença de temperatura e indolor.

Foram solicitadas radiografias do joelho, que apresentaram aumento de partes moles, e ultrassonografia, que mostrou uma massa de 15 x 20cm de aspecto sólido.

Com isso, foram solicitadas tomografia e ressonância para melhor estudo da tumoração. Naquele momento, suspeitou-se que o diagnóstico poderia ser de lipossarcoma e, assim, foram solicitados os exames de imagem para estadiamento (radiografias de pulmão, cintilografia óssea, *pet scan*, tomografia de tórax, abdômen, pelve, crânio), que foram normais (Figuras 1 a 3).

Com isso, foi realizado tratamento cirúrgico (excisão radical do tumor), no qual foi retirado um tumor de 20x18cm e enviado para análise anatomopatológica (Figuras 4 e 5).

O diagnóstico anatomopatológico foi de lipossarcoma mixoide, com margens livres. O oncologista que acompanhava o caso com a ortopedia orientou a radioterapia adjuvante que foi realizada (Figura 6).

Após dois anos de pós-operatório o paciente está assintomático (e sem recidiva ou metástase) e continua a praticar tênis.

1 – Médico Assistente do Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp – São Paulo, SP, Brasil.

2 – Médico Chefe do Departamento de Ortopedia do Hospital e Maternidade Assunção (HMA) – São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

3 – Doutor; Chefe do Grupo de Ombro do Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp – São Paulo, SP, Brasil.

4 – Professor Livre-Docente; Professor Adjunto e Chefe do Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp – São Paulo, SP, Brasil.

Trabalho realizado no Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) do Departamento de Ortopedia e Traumatologia (DOT) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Correspondência: Rua França Pinto, 186, ap. 61, Vila Mariana – 04016-001 – São Paulo, SP. E-mail: jorgesayumfilho@hotmail.com

Trabalho recebido para publicação: 16/04/2010, aceito para publicação: 20/07/2010.

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses na realização deste trabalho / *The authors declare that there was no conflict of interest in conducting this work*



Figura 1 – Imagem de RNM do tumor.



Figura 4 – Fotografia intraoperatória do tumor.

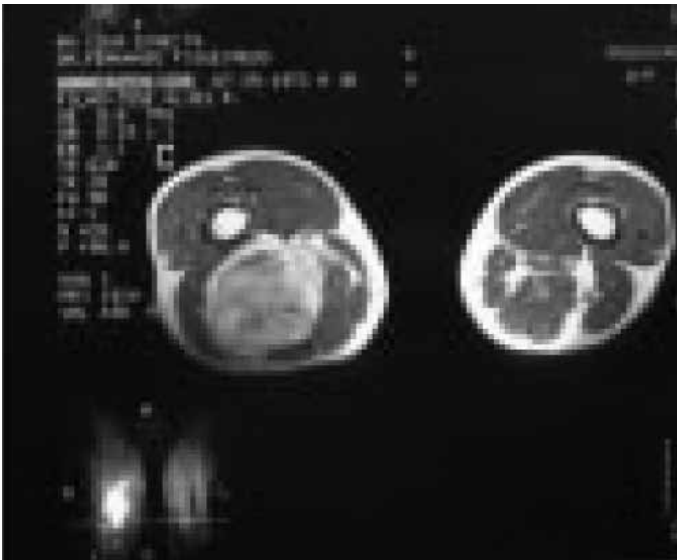


Figura 2 – Imagem de RNM do tumor.



Figura 5 – Fotografia intraoperatória do tumor.



Figura 3 – Imagem de RNM do tumor.

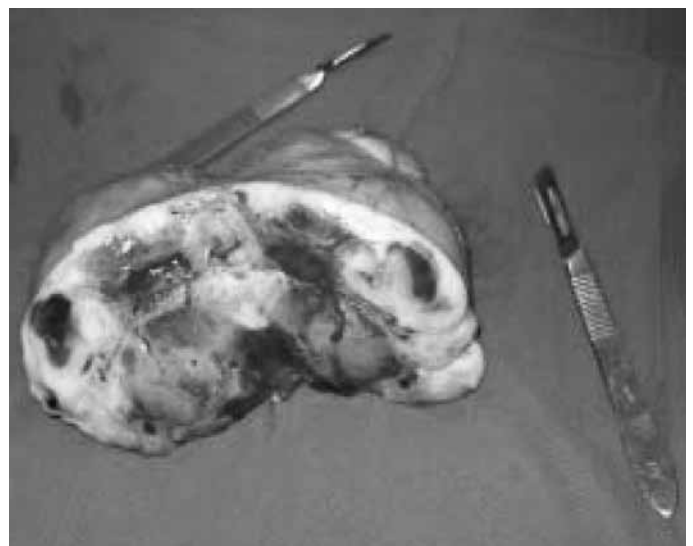


Figura 6 – Detalhe macroscópico do tumor.

DISCUSSÃO

Os sarcomas são tumores raros e originam-se de células mesenquimais primitivas, perfazendo um total de 0,1 a 0,2% de todas as neoplasias em adultos⁽¹⁻³⁾.

O lipossarcoma é um tumor maligno de tecido adiposo. Ocorre com maior frequência entre a quinta e a sexta década de vida (rara a sua ocorrência em crianças) e acomete mais homens do que mulheres^(2,4).

O lipossarcoma é o segundo ou terceiro tipo histológico mais frequente entre os sarcomas de partes moles, representando 8 a 17% desses sarcomas na maioria das séries. São classificados em: bem diferenciados, mixoide, de células redondas, desdiferenciado (pleomórfico) e de formas mistas. Os bem diferenciados apresentam baixo grau de malignidade e raramente apresentam metástases. Os pouco diferenciados são, com frequência, de comportamento agressivo, podendo apresentar recorrência e metástases na maioria dos casos. Por esta razão, a determinação do subtipo histológico e o grau de diferenciação são importantes para um tratamento correto⁽⁴⁻⁶⁾.

Esta patologia se origina de células mesenquimais primitivas, ao invés de células adiposas maduras, e a presença de adipócitos não é pré-requisito para o seu desenvolvimento^(4,7).

Geralmente, têm como característica um crescimento lento e indolor. Os sítios de acometimento mais frequentes são os membros e o retroperitônio (são quase sempre encontrados em estruturas profundas e se originam de planos fasciais intermusculares)^(3,8,9).

O quadro clínico desta doença geralmente é de um paciente assintomático, mas pode ocorrer dor, fadiga, perda de peso, náuseas, vômitos e aumento de veias varicosas⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Esta enfermidade pode metastatizar, e acomete com maior frequência os pulmões e o fígado. Os exames de

imagem complementares são: tomografia computadorizada, ressonância magnética (RNM) e angiografia, mas o diagnóstico é realizado apenas pela anatomia patológica^(10,13).

O tratamento é cirúrgico e pode ou não ser complementado por radioterapia e quimioterapia. Este tumor possui um prognóstico de 88 a 100% em cinco anos nos bem diferenciados e de 50% nos indiferenciados^(2,5,9).

O tipo mixoide é o mais comum, observado em 45 a 55% de todos os lipossarcomas. É composto de três tipos de tecidos principais: lipoblastos, delicado padrão capilar plexiforme e matriz mixoide (contendo abundante glicosaminoglicanos não-sulfatados)^(2,11).

A recorrência é comum nos lipossarcomas de todos os tipos. Geralmente torna-se aparente a partir de seis meses pós-cirúrgicos, mas pode ocorrer cinco, 10 ou 30 anos após. A frequência de metástases está diretamente relacionada ao grau de diferenciação histológica. Para o tipo mixoide e os bem diferenciados, a incidência de metástase é mais baixa que aqueles pleomórficos e desdiferenciados. Aproximadamente 10% dos pacientes com lipossarcoma de membro inferior desenvolvem uma segunda lesão no retroperitônio, que surge dois ou mais anos da lesão primária. Os fatores que aumentaram o risco de recorrência local foram: idade superior a 50 anos, doença recorrente no momento da apresentação, margem histológica primária positiva e tumores primários de nervos periféricos. A excisão radical do tumor continua sendo o tratamento de escolha do lipossarcoma profundo^(1,2).

A radioterapia pós-operatória é um adjuvante valioso ao tratamento cirúrgico, especialmente para o tipo mixoide⁽⁶⁾.

Por tudo isso, foi apresentado o caso de um jogador de tênis amador com diagnóstico de lipossarcoma de joelho que foi tratado de acordo com a literatura.

REFERÊNCIAS

- Lewis JJ, Brennan MF. Soft tissue sarcomas. *Curr Probl Surg*. 1996;33(10):817-72.
- Spillane AJ, Fisher C, Thomas JM. Myxoid liposarcoma—the frequency and the natural history of nonpulmonary soft tissue metastases. *Ann Surg Oncol*. 1999;6(4):389-94.
- Blair SL, Lewis JJ, Leung D, Woodruff J, Brennan MF. Multifocal extremity sarcoma: an uncommon and controversial entity. *Ann Surg Oncol*. 1998;5(1):37-40.
- Pearlstone DB, Pisters PW, Bold RJ, Feig BW, Hunt KK, Yasko AW, et al. Patterns of recurrence in extremity liposarcoma: implications for staging and follow-up. *Cancer*. 1999;85(1):85-92.
- Brooks AD, Heslin MJ, Leung DH, Lewis JJ, Brennan MF. Superficial extremity soft tissue sarcoma: an analysis of prognostic factors. *Ann Surg Oncol*. 1998;5(1):41-7.
- Enzinger FM, Winslow DJ. Liposarcoma. A study of 103 cases. *Virchows Arch Pathol Anat Physiol Klin Med*. 1962;335:367-88.
- Kulaylat MN, King B, Karakousis CP. Posterior compartment resection of the thigh for soft-tissue sarcomas. *J Surg Oncol*. 1999;71(4):243-5.
- Beitler AL, Virgo KS, Johnson FE, Gibbs JF, Kraybill WG. Current follow-up strategies after potentially curative resection of extremity sarcomas: results of a survey of the members of the society of surgical oncology. *Cancer*. 2000;88(4):777-85.
- Saenz NC, Heslin MJ, Adsay V, Lewis JJ, Leung DH, LaQuaglia MP, et al. Neovascularity and clinical outcome in high-grade extremity soft tissue sarcomas. *Ann Surg Oncol*. 1998;5(1):48-53.
- Bautista N, Su W, O'Connell TX. Retroperitoneal soft-tissue sarcomas: prognosis and treatment of primary and recurrent disease. *Am Surg*. 2000;66(9):832-6.
- Bradley JC, Caplan R. Giant retroperitoneal sarcoma: a case report and review of the management of retroperitoneal sarcomas. *Am Surg*. 2002;68(1):52-6.
- Lopes A. Sarcomas de partes moles. São Paulo: Medsi; 1999.
- Yol S, Tavli S, Tavli L, Belviranli M, Yosunkaya A. Retroperitoneal and scrotal giant liposarcoma: report of a case. *Surg Today*. 1998;28(3):339-42.