



**Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:**

**Resumo**

**Relato de Caso**

## **CIATALGIA CAUSADA POR LIPOSSARCOMA NA REGIÃO GLÚTEA**

**AUTOR PRINCIPAL:** João Otávio Martini

**CO-AUTORES:** Rodrigo Arnold Tisot, Francisco José dos Santos Neto

**ORIENTADOR:** Rodrigo Arnold Tisot

**UNIVERSIDADE:** Universidade de Passo Fundo

### **INTRODUÇÃO**

A ciatalgia é um sintoma comum que pode ser causado por inúmeras patologias, sendo, as mais comuns, originadas da coluna lombossacra. O objetivo deste estudo é apresentar o relato de dois casos de ciatalgia que foram causados por lipossarcoma na região glútea. O lipossarcoma é considerado entre os sarcomas, como um dos mais comuns da vida adulta. Notável pelas grandes proporções que adquire, tem predileção por indivíduos entre 40 e 60 anos de idade, do sexo masculino. Representa de 0,1 a 0,2% de todas as neoplasias em adultos.(2,3,4, sendo que os dois maiores sítios acometidos são a coxa e o retroperitônio<sup>1</sup>. Surge de planos profundos (1,5), e, geralmente, tem crescimento lento e indolor (4,6,7), não tendo nada de característico em sua história clínica,<sup>1</sup> cursando na maior parte das vezes, com quadro assintomático(8,9,10). É reconhecido por adquirir grandes proporções, podendo desencadear dor, hipersensibilidade ou distúrbios funcionais, mais tardiamente na evolução do tumor em cerca de 10 a 15% dos casos<sup>1</sup>.

### **DESENVOLVIMENTO:**

Relatos de caso

#### **Caso 1**

Paciente CG, do sexo feminino, 32 anos de idade, branca, apresentou-se com dor na região glútea esquerda, durante 4 meses, com irradiação para membro inferior esquerdo. Foi submetida à ressecção de tumor com abordagem perineal. A lesão removida era de tecido adiposo medindo 17.0 x 16.0 x 3.0 cm, circundada por cápsula delgada. Houve melhora da sintomatologia no pós-operatório.

#### **Caso 2**

Paciente LSM, do sexo feminino, 38 anos de idade, branca, apresentou-se com dor na região glútea esquerda, irradiada para membro inferior esquerdo. Foi submetida à ressecção de tumor

com abordagem transglútea. A lesão excisada possuía coloração rósea-brancacenta, de formato nodular e bocelado, de consistência elástica, revestido por cápsula lisa e brilhante, medindo 20.0 x 13.0 x 5.0 cm. A superfície de corte mostrou tecido adiposo com delgados septos brancacentos. Houve melhora da sintomatologia no pós operatório.

## Discussão

Os lipossarcomas bem diferenciados apresentam baixo grau de malignidade e raramente apresentam metástases, enquanto os pouco diferenciados têm comportamento agressivo, podendo apresentar metástases frequentemente.(4,7,12) É importante definir o tipo histológico e grau de diferenciação para a correta escolha do tratamento a ser instituído. O lipossarcoma possui um prognóstico favorável em 88 a 100% dos casos, em cinco anos, nos tumores bem diferenciados e de 50% nos indiferenciados(3,6,11). A recorrência é comum nos lipossarcomas de todos os tipos<sup>1</sup>, por isso, é preciso fazer a correta excisão, com margens livres. No presente estudo, os casos eram do sexo feminino e estavam abaixo da faixa etária de maior acometimento do tumor. O tipo do tumor era bem diferenciado, e o local não foi o mais comum, que é a coxa, seguido pelo retroperitônio.<sup>1</sup> Destacam-se, nestes referidos pacientes, as grandes dimensões de ambos os tumores, característica marcante do lipossarcoma, relacionada à sintomatologia de ambos os pacientes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Verificou-se, que a cialgia apresentada é um importante sinal de alerta para que se realize um estudo investigacional dos possíveis diagnósticos diferenciais que podem ser o fator causal deste sintoma apresentado pelos pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. 3 ed, 1995.
2. Lewis JJ, Brennan MF. Soft tissue sarcomas. Curr Probl Surg. 1996;33(10):817-72.
3. Spillane AJ, Fisher C, Thomas JM. Myxoid liposarcoma--the frequency and the natural history of nonpulmonary soft tissue metastases. Ann Surg Oncol. 1999.
4. Blair SL, Lewis JJ, Leung D, Woodruff J, Brennan MF. Multifocal extremity sarcoma: an uncommon and controversial entity. Ann Surg Oncol. 1998.
5. Robbins, s. l.; Kumar, v.; Abbas, a.k.; Fausto. Patologia: Bases Patológicas das doenças. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
6. Brooks AD, Heslin MJ, Leung DH, Lewis JJ, Brennan MF. Superficial extremity soft tissue sarcoma: an analysis of prognostic factors. Ann Surg Oncol. 1998.
7. Pearlstone DB, Pisters PW, Bold RJ, Feig BW, Hunt KK, Yasko AW, et al.
8. 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.

9. Lopes A. Sarcomas de partes moles. São Paulo: Medsi; 1999.
10. 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.
11. 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):4853.
12. Kulaylat MN, King B, Karakousis CP. Posterior compartment resection of the thigh for soft tissue sarcomas. J. Surg Oncol 1999;71: 243
13. Beitler AL, Virgo KS, Johnson FE, et al. Current follow-up strategies after potentially curative resection of extremity sarcomas. Cancer 2000;88: 777