
RELATO DE CASO

Cordoma sacrococcígeo tratado com ressecção e radioterapia complementar: relato de caso

Sacrococcygeal chordoma treated with resection and radiotherapy: a case report

Lucas Félix Rossi¹, Armando José d'Acampora², Charly Genro Camargo³

Resumo

Cordoma sacrococcígeo que é uma neoplasia maligna de grau baixo a intermediário, remanescente da notocorda. Apresenta crescimento indolente, entretanto com comportamento local agressivo. Trata-se de uma neoplasia rara e que apresenta diagnóstico tardio visto sua pobre sintomatologia no início da doença. A localização é mais comum no esqueleto axial, e neste relato descrevemos o tratamento de um cordoma sacrococcígeo.

Descritores: Relatos de casos. Cordoma. Região sacrococcígea. Cirurgia.

Abstract

Sacrococcygeal chordoma is a malign neoplasia of low degree remainder of the notocorda. Presents indolent growth, meantime with aggressive local behavior. It is a rare neoplasia and that it presents seen late diagnosis his poor symptomatology in the beginning of the disease. The location is more common in the axial skeleton, and in this report we described the treatment of a sacrococcygeal chordoma.

Key words: Case reports. Chordoma. Sacrococcygeal region. Surgery.

Introdução

O cordoma é tumor raro originário de remanescentes embrionários da notocorda, com localização mais frequente no esqueleto axial, correspondendo de 1% a 4% dos tumores malignos primários dos ossos. É mais comum na região sacrococcígea (50%), seguido da coluna cervical (35%) e raro no restante da coluna (15%)^(1,2). Em sua maioria são bem diferenciados e de crescimento lento, porém em 5% dos casos possuem alto grau de malignidade, com evolução agressiva inclusive com metástase^(3,4).

A cirurgia com ressecção ampla constitui a única forma curativa de tratamento^(1,2,3,4), porém, devido ao frequente comprometimento de nervos e outras estruturas nobres pelo tumor, sua ressecção completa resulta em déficits funcionais importantes. O papel da terapia adjuvante principalmente da radioterapia tem sido debatido na literatura⁽⁴⁾. Este relato tem por objetivo descrever um caso de cordoma sacrococcígeo tratado com ressecção cirúrgica.

Relato do caso

O, masculino, 84 anos de idade apresentou dor em região sacro-glútea e irradiação para membro inferior esquerdo há quatro meses. Desde então referia dificuldade de evacuação e quadro de constipação de caráter progressivo durante este período, fazendo uso de manobras manuais abdominais para conseguir a defecação. O exame físico não mostrou anormalidades, exceto pela dor no membro inferior esquerdo à movimentação passiva e ativa, dor esta que não era aliviada com o uso de antiinflamatórios. A investigação diagnóstica procedeu-se com a solicitação tomografia computadorizada de cóccix que demonstrou processo expansivo em região sacrococcígea bem delimitado medindo 7,0 x 5,0 cm, sugestivo de processo neoplásico (figura1). A ressonância nuclear magnética forneceu características mais precisas demonstrando uma lesão sólida medindo 7,0 x

-
1. MD – Cirurgião Geral e do Aparelho Digestivo. Hospital São Lucas da PUCRS. Porto Alegre – RS.
 2. MD – MSc - PhD - Chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital Florianópolis. Professor de Cirurgia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Laboratório Armando José d'Acampora – Florianópolis – SC.
 3. MD – MSc – Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e do Trauma do Hospital Cristo Redentor – Porto Alegre – RS.

5,0 x 4,5 cm, bem delimitada, acometendo a última peça sacral e as coccígeas sem comprometimento importante das estruturas vizinhas e com bom plano de clivagem da massa com a gordura e o reto. Não há evidência de linfonomegalia (figura 2).

O paciente foi conduzido à cirurgia, sendo adotado acesso posterior com incisão longitudinal posterior mediana e ressecção sacral (vértebras S1, S2 e S3) com preservação nervosa. O procedimento transcorreu sem intercorrências bem como o pós-operatório, tendo recebido alta hospitalar no quinto dia pós-operatório. Não houve morbidade relacionada a comprometimento nervoso. O laudo anatomopatológico macroscópico do tumor demonstrou nódulo de tecido pardo-amarronzado, elástico, medindo 6,7 x 5,1 x 3,8 e com peso de 64,3 g. O achado histopatológico da ressecção sacrococcígea, coluna vertebral e tecidos moles foram compatíveis morfológicamente ao de um cordoma e com margens comprometidas. Quatro meses após o procedimento a ressonância magnética de controle confirmou recidiva local do tumor ainda com menores dimensões quando do diagnóstico. Levando em consideração a idade e a dificuldade de uma nova ressecção com uma potencial lesão nervosa e acréscimo de morbidade optou-se pelo tratamento com radioterapia conformacional tridimensional na dose de 45 Gy. Não houve complicações relacionadas à radioterapia e o seguimento dezesseis meses pós cirurgia e doze meses pós radioterapia não evidencia progressão local da doença e o paciente encontra-se assintomático.

Discussão

Cordoma é um tumor maligno raro que apresenta crescimento lento^(1,2,3,4) sendo derivado da notocorda primitiva. Normalmente originam-se no esqueleto axial, tendo a região sacral como local mais comum de acometimento. A sintomatologia dolorosa apresentada pelo paciente converge com a literatura, sendo principal sintoma de tal neoplasia, normalmente secundária à destruição óssea ou ao comprometimento nervoso adjacente⁽⁵⁾. O tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de quatro meses, variando na literatura entre 4 e 24 meses⁽²⁾. Este tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico está relacionado com seu crescimento lento, frequentemente atingindo um grande tamanho até que o diagnóstico seja feito. O tumor pode crescer invadindo tecidos moles adjacentes e estrutura óssea deslocando a fáscia pré-sacral anteriormente sem produzir uma massa externa óbvia. Com o crescimento contínuo há envolvimento dos forames sacrais e neuropatia por acometimento das raízes nervosas levando a retenção urinária, incontinência fecal e dor radicular⁽³⁾.

Exames de imagem pré-operatórios são fundamentais e parece que a ressonância magnética é superior a tomografia computadorizada na determinação da invasão tumoral^(3,6). Estes exames propiciaram aos cirurgiões a ressecção em bloco da lesão, propiciando assim margens cirúrgicas livres. Ressecção em bloco da lesão com margens cirúrgicas livres é o maior fator prognóstico⁽⁴⁾. Neste caso as margens cirúrgicas estavam comprometidas, sendo, segundo a literatura, neste caso a recorrência de 68%, em contradição com 28% nos pacientes que apresentam ressecção com margens livres⁽⁵⁾. Mesmo com ressecção em bloco da lesão não é incomum a recidiva local. A decisão por tratamento complementar com radioterapia foi estruturado no comprometimento das margens no exame anatomopatológico, mesmo sem haver sintomas. A radioterapia é útil prolongando o tempo livre de doença em pacientes com ressecção subtotal da neoplasia⁽⁴⁾, estando indicada em pacientes com margens cirúrgicas positivas⁽³⁾. O paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial com seguimento por exames de ressonância magnética, um ano pós radioterapia estando assintomático e sem progressão pelo exame de imagem. Visto a sua baixa incidência e crescimento lento, ainda faltam dados sobre a evolução natural e sua resposta ao tratamento⁽³⁾. Por fim ressalta-se que a radioterapia é uma opção de terapia complementar em pacientes com ressecção sub-ótima do cordoma, necessitando de maiores dados na literatura sobre o prognóstico deste tipo específico de situação a longo prazo.

Referências

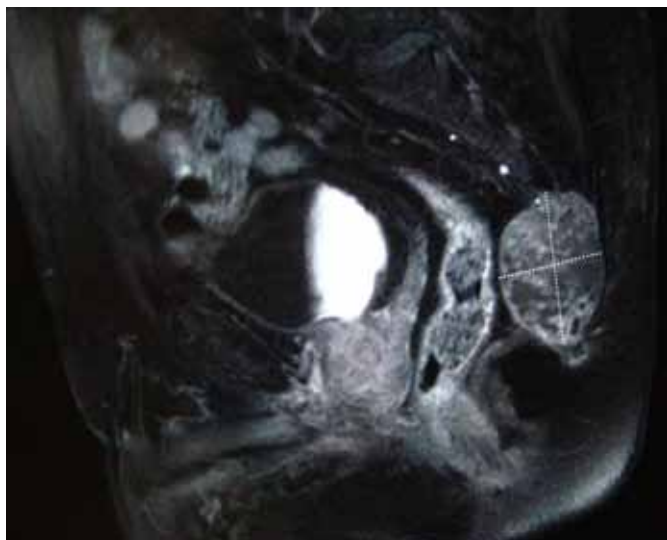
1. Yonemoto T, Tatzaki S, Takenouchi T, Ishii T, Satoh T, Moriya H. The surgical management of sacrococcygeal chordoma. *Cancer*. 1999;85:878-83.
2. Chandawarkar RY. Sacrococcygeal chordoma: review of 50 consecutive patients. *World J Surg*. 1996;20:717-9.
3. Bethke KP, Nefeld JP, Lawrence W. Diagnosis and management of sacrococcygeal chordoma. *Clin Oncol*. 1991;48:232-8.
4. Fourny DR, Gokaslan ZL. Current management of sacral chordoma. *Neurosurg Focus*. 2003;15(2):1-5.
5. Kaiser TE, Pritchard DJ, Unni KK: Clinicopathologic study of sacrococcygeal chordoma. *Cancer*. 1984;5:2574-8.
6. Yamaguchi K, Tatzaki S, Satoh T. The usefulness of MRI in the surgical treatment of the sacral chordoma. *Rinsho Seikei Geka*. 1994;29:959-64.

Figuras

Figura 1 – Tomografia computadorizada de pelve evidenciando lesão expansiva em região sacrococcígea sugestiva de cordoma.



Figura 2 – Ressonância nuclear magnética em plano sagital mostrando lesão expansiva sólida medindo 7,0 x 5,0 x 4,5 cm em relação contígua com a última vértebra sacral e as coccígeas.



Endereço para correspondência

Lucas Félix Rossi
Rua 8 de Julho, 95. Apto. 707
Porto Alegre - RS
90690-240
felixrossi@brturbo.com.br