

# Ressecção sacrococcígea por volumoso cordoma invadindo forame isquiático: relato de caso\*

DANTON SPOHR CORRÊA<sup>1</sup>, RONY ESHKENAZY<sup>1</sup>, ADEMAR LOPES<sup>2</sup>

## ABSTRACT

*Sacrococcygeal resection of a voluminous chordoma invading the sciatic pelvic foramen: case report*

*Chordoma is a rare and locally invasive bone malignant tumor derived from embryonic notochordal remnants. Most of them originate from the sacrococcygeal region and present with a large size at the moment of the diagnosis. The treatment consists of extended resection en bloc with sacral nerves, if necessary. Chemotherapy and radiation therapy are of limited utility. The authors present the case of a 74-year-old male patient with a voluminous sacrococcygeal chordoma invading the pelvic sciatic foramen. His symptoms were lower limb pain and partial fecal and urinary incontinence. The tumor was resected by a combined approach (abdominal and posterior), with exiguous margins. The post-operative course was uneventful besides a liquor fistula which resolved spontaneously. The patient had resolution of the pain, but maintained the sphincter dysfunction. At the moment, he is at the 4<sup>th</sup> month of follow-up.*

**Key words** – *Sacrococcygeal chordoma; surgery; combined approach*

**Unitermos** – *Cordoma sacrococcígeo; cirurgia; abordagem combinada*

\* Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer A.C. Camargo.

1. Médico Residente de Cirurgia Oncológica.

2. Diretor do Departamento de Cirurgia Pélvica.

*Endereço para correspondência:* Ademar Lopes, Departamento de Cirurgia Pélvica, Rua Prof. Antônio Prudente, 211 – 01509-900 – São Paulo, SP. Tel.: (11) 3272-5000; fax: (11) 270-0500.

Recebido em 31/7/01. Aprovado para publicação em 9/5/02.

Copyright RBO2002

## INTRODUÇÃO

O cordoma é tumor originário de remanescentes embrionários notocórdicos, com localização mais freqüente no esqueleto axial, correspondendo de 1% a 4% dos tumores malignos primários dos ossos. É mais comum na região sacrococcígea (60%), seguido da coluna cervical (30%) e raro no restante da coluna (10%)<sup>(1)</sup>.

Em sua maioria, são bem diferenciados e de crescimento lento, porém em 5% dos casos possuem alto grau de malignidade, com evolução agressiva e podendo metastatizar<sup>(2)</sup>.

A cirurgia constitui-se na única forma curativa de tratamento, porém, devido ao freqüente comprometimento de nervos e outras estruturas nobres pelo tumor, sua ressecção completa resulta em déficits funcionais importantes.

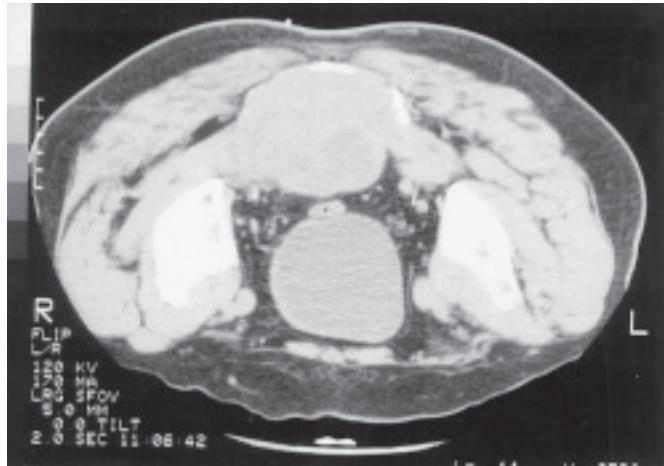
A quimioterapia e radioterapia têm papel questionável como adjuvantes e, quando utilizadas exclusivamente, têm caráter paliativo<sup>(1)</sup>.

Este estudo tem por objetivo relatar e analisar caso clínico referente a volumoso cordoma sacrococcígeo, seu tratamento e suas complicações.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 74 anos de idade, branco, apresentou-se referindo queda da própria altura havia um ano, quando iniciou com dor em região sacral. Esta com o tempo passou a irradiar-se para membros inferiores, principalmente à direita, associada a progressiva disfunção esfínteriana uretral e retal. O toque retal revelou esfíncter hipotônico e extensa massa tumorosa tomando a região do cóccix e sacro, não sendo possível avaliar o seu limite superior. A tomografia computadorizada de pelve apresentou tumor envolvendo o sacro abaixo de S1 e invadindo o forame isquiático à direita (fig. 1). A biópsia transsacral revelou tratar-se de cordoma.

Foi realizada sacrectomia em nível de S1, preservando-se os nervos ciáticos bilateralmente (fig. 2). A via de aces-



**Fig. 1** – Tomografia computadorizada apresentando um cordoma que preenche toda a área do sacro e que se estende através do forame isquiático sugerindo envolvimento do nervo ciático

**Fig. 1** – Computed tomography showing a chordoma filling all the sacral area and extending through the right sciatic foramen suggesting involvement of the sciatic nerve

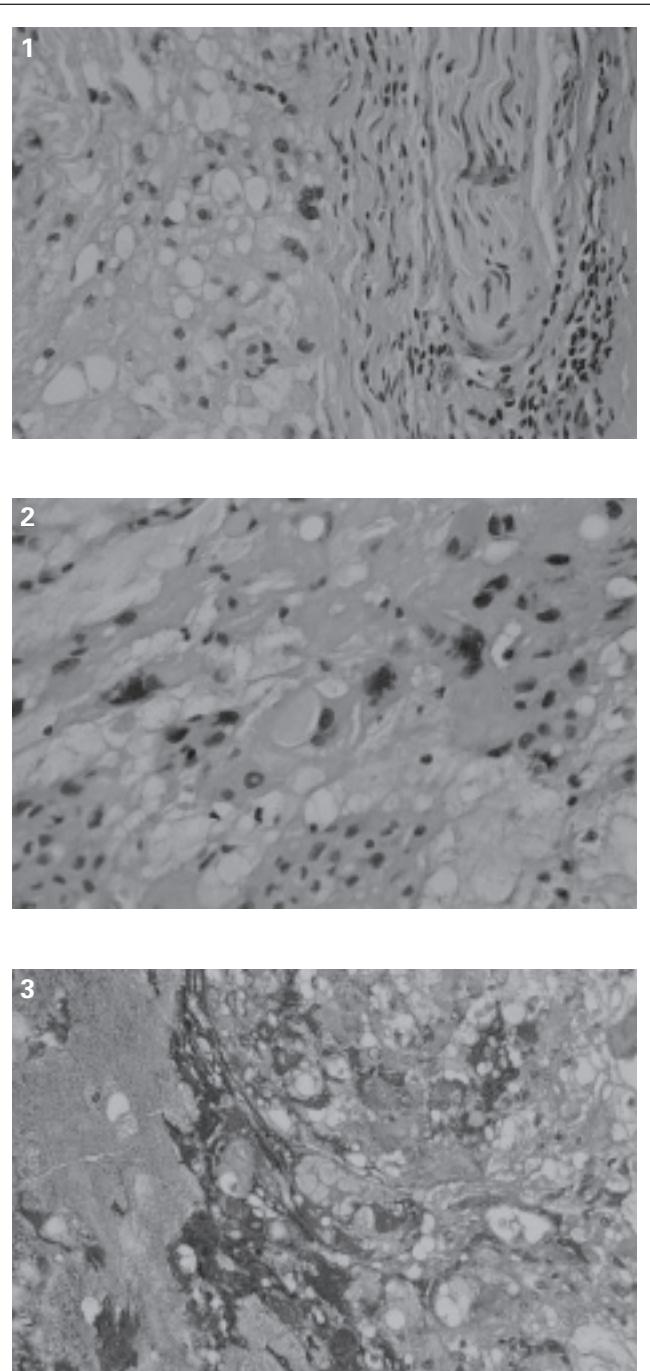


**Fig. 2** – Radiografia pélvica pós-operatória apresentando o nível de ressecção sacral na transição S1-S2

**Fig. 2** – Postoperative pelvic X-ray showing the level of sacral section at S1-S2 transition

so utilizada foi a combinada (laparotomia mediana transperitoneal e incisão posterior longitudinal mediana). As margens cirúrgicas foram exíguas e o anatomo-patológico confirmou cordoma, constituído de células fusalíferas poligonais e índice mitótico de 2/10CGA. O paciente evoluiu com fístula liquórica de baixo débito, tendo recebido alta no 14º dia de pós-operatório sem outras intercorrências.

Encontra-se atualmente com sonda vesical de demora e com discreta incontinência fecal, no 9º mês de seguimento.



Legendas das fotografias da microscopia ótica:

**1** – Cordoma: presença de células sialíferas comprimindo o feixe nervoso (HE x 200).

**2** – Cordoma: detalhe de células sialíferas características com vacuolização e deposição de material mixóide (HE x 400).

**3** – Cordoma: as células sialíferas e o estroma mixóide ricos em glicogênio (Alcian Blue x 400).

## COMENTÁRIOS

O cordoma é um tumor incomum que, devido a sua localização e sintomatologia pobre no início da doença, na maioria das vezes apresenta-se ao cirurgião em fases avançadas. Nosso paciente referia dor em membro inferior direito por compressão do nervo ciático e incontinência fecal e urinária parciais. Conforme a literatura, o sintoma mais freqüente nessa afecção é a dor<sup>(2)</sup>.

O diagnóstico é realizado através de exame físico, incluindo toque retal e de imagem, sendo a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética os principais métodos para avaliação da extensão local da doença. No caso descrito, a tomografia demonstrou extensa tumoração sacral com acometimento do forame isquiático, aspecto que é considerado critério de irrессabilidade, o que não impediu que a cirurgia fosse realizada<sup>(1)</sup>. A invasão do forame isquiático fez com que a ressecção fosse marginal.

A confirmação histológica é realizada no pré-operatório com biópsia por agulha transsacral. O diagnóstico diferencial inclui tumor de células gigantes, condrossarcoma e adenocarcinoma metastático. A abordagem em grandes tumores é realizada por via combinada, o reto sendo liberado por via abdominal<sup>(3)</sup>.

Margens cirúrgicas livres devem ser obtidas, mesmo com sacrifício de raízes nervosas sacrais<sup>(1)</sup>. É importante saber que a sintomatologia relacionada à progressão da doença é geralmente muito pior do que o déficit provocado pelo procedimento, desde que os nervos ciáticos sejam preservados. Neste paciente, o tumor foi retirado marginalmente aos nervos ciáticos e o saco dural foi ligado na altura de S2, piorando a incontinência urinária e fecal, mas aliviando os sintomas de dor em membros inferiores. A fistula líquorica resolveu-se com tratamento conservador, não provocando maiores problemas. Acreditamos ser essa a melhor forma de paliação, já que o paciente no momento encontra-se bem e outras formas de tratamento são inefetivas.

O diagnóstico precoce e a ressecção com margens adequadas são os fatores preditivos de melhor prognóstico.

## REFERÊNCIAS

1. Yonemoto T., Tatezaki S., Takenouchi T., Ishii T., Satoh T., Moriya H.: The surgical management of sacrococcygeal chordoma. *Cancer* 85: 878-883, 1999.
2. Bethke K.P., Neifeld J.P., Lawrence Jr. W.: Diagnosis and management of sacrococcygeal chordoma. *J Surg Oncol* 48: 232-238, 1991.
3. Fonseca M.R.S., Vieira R.A.C., Rossi B.M., Penna V., Lopes A., Landin E.: Cirurgia combinada na ressecção de cordoma sacrococcígeo. *Rev Col Bras Cir* 23: 378-380, 1996.