



Análise retrospectiva do tratamento de sarcomas de partes moles em um hospital de Maringá-PR de 2016 a 2020

Retrospective analysis of the treatment of soft tissue sarcomas in a hospital in Maringá-PR from 2016 to 2020

Análisis retrospectivo del tratamiento de sarcomas de tejidos blandos en un hospital de Maringá-PR de 2016 a 2020

Ayana Heloise Yamaoto¹, Jordão Francisco da Silva Junior¹, Aaron Vinicius Yamaoto¹.

RESUMO

Objetivo: Evidenciar informações sobre os casos cirúrgicos de Sarcoma de Partes Moles (SPM) tratados em um hospital de referência oncológica na cidade de Maringá-PR, avaliando taxas de incidência por gênero, idade, tipos histológicos, locais de acometimento mais frequentes, análise de sobrevida, casos de recidiva e metástase. **Métodos:** Foram analisados pacientes tratados cirurgicamente para SPC, os dados encontrados foram coletados de prontuários no banco de dados do Hospital do Câncer de Maringá e registrados no banco de dados do Microsoft Excel. **Resultados:** A mostra apresentou os tipos histológicos mais frequentes lipossarcoma (27,27%) e leiomiossarcoma (15,15%). Acometendo principalmente membro inferior (24,28%) e retroperitônio (21,42%). A maioria possuía um alto grau histológico (64%), e grau III da FNLCC (51,52%) sendo o tamanho médio desses tumores igual a 7,72 centímetros. A maioria dos pacientes foram tratados com cirurgia isolada (39,39%) alcançando um status geral de pacientes vivos sem doença de 66,67% e menos da metade dos pacientes metastáticos (42%) vieram a óbito. **Conclusão:** Os resultados encontrados vão de acordo com os dados da literatura, e ainda, evidencia uma menor taxa de óbito e uma maior efetividade no tratamento quando comparado a outros estudos.

Palavras-chave: Câncer, Tratamento, Cirurgia.

ABSTRACT

Objective: To provide information on surgical cases of Soft Tissue Sarcoma (SPM) treated in an oncology reference hospital in the city of Maringá-PR, evaluating incidence rates by gender, age, histological types, most frequent sites of involvement, analysis of survival, cases of recurrence and metastasis. **Methods:** Patients treated surgically for PCS were analyzed, the data found were collected from medical records in the Maringá Cancer Hospital database and recorded in the Microsoft Excel database. **Results:** The sample presented the most common histological types liposarcoma (27.27%) and leiomyosarcoma (15.15%). Mainly affecting the lower limb (24.28%) and retroperitoneum (21.42%). The majority had a high histological grade (64%), and FNLCC grade III (51.52%), with the average size of these tumors being 7.72 centimeters. The majority of patients were treated with isolated surgery (39.39%), reaching an overall status of patients alive without disease of 66.67% and less than half of metastatic patients (42%) died. **Conclusion:** The results found are in line with literature data, and also show a lower death rate and greater treatment effectiveness when compared to other studies.

Keywords: Cancer, Treatment, Surgery.

RESUMEN

Objetivo: Proporcionar información sobre casos quirúrgicos de Sarcoma de Tejidos Blandos (SPM) tratados en un hospital de referencia en oncología de la ciudad de Maringá-PR, evaluando tasas de incidencia por

¹ Universidade Cesumar (UniCesumar), Maringá - PA.

sexo, edad, tipos histológicos, sitios de afectación más frecuentes, análisis de supervivencia, casos de recurrencia y metástasis. **Métodos:** Se analizaron los pacientes tratados quirúrgicamente por PCS, los datos encontrados fueron recolectados de las historias clínicas de la base de datos del Hospital Oncológico de Maringá y registrados en la base de datos Microsoft Excel. **Resultados:** La muestra presentó los tipos histológicos más frecuentes liposarcoma (27,27%) y leiomioma (15,15%). Afectando principalmente al miembro inferior (24,28%) y retroperitoneo (21,42%). La mayoría tenía un grado histológico alto (64%) y FNLCC grado III (51,52%), siendo el tamaño promedio de estos tumores de 7,72 centímetros. La mayoría de los pacientes fueron tratados con cirugía aislada (39,39%), alcanzando un estado global de pacientes vivos sin enfermedad del 66,67% y menos de la mitad de los pacientes metastásicos (42%) fallecieron. **Conclusión:** Los resultados encontrados están en línea con los datos de la literatura, y también muestran una menor tasa de mortalidad y una mayor efectividad del tratamiento en comparación con otros estudios.

Palabras clave: Cáncer, Tratamiento, Cirugía.

INTRODUÇÃO

Os sarcomas de partes moles (SPM) são conjuntos de neoplasias com características malignas que se originam em tecido mesenquimatoso, o mesênquima é um tipo de tecido conjuntivo indiferenciado derivado do mesoderma, o qual origina diversas estruturas como o tecido adiposo, a cartilagem, os músculos, o tecido nervoso, os vasos sanguíneos e linfáticos, além dos ossos – os tumores que atingem tecido ósseo podem ser osteossarcomas, condrossarcomas e outros (CASANOVA J e FERNANDES I, 2019). Esses tecidos, são os locais onde podem ocorrer proliferação tumoral. Anatomicamente, os locais mais afetados pelos sarcomas e suas taxas de incidência são: 45% em extremidades inferiores, 15% nas extremidades superiores, 10% na região de cabeça e pescoço, 15% no retroperitônio e os 15% restantes na parede abdominal e torácica. (SHIDHAM VB, et al., 2006).

Nos adultos, os SPM são considerados tumores raros, representam menos de 1% dos tipos de neoplasia maligna (CRAGO AM e BRENNAN MF, 2015). Já nas crianças a porcentagem é de 20% quando comparado com todos os tipos de tumores não hematológicos (CASANOVA J e FERNANDES I, 2019). Ainda que apresentem uma incidência menor em adultos quando comparados a outros tipos de neoplasia, os SPM são mais comuns em adultos, principalmente em maiores de 50 anos. Existe, ainda, uma relação de gênero na doença de 1,1/1 entre homens e mulheres (NUNES GA, et al., 2012). Embora não haja muitos dados sobre os SPM no Brasil, foi constatado cerca de 10.571 novos casos de neoplasia maligna do tecido conjuntivo e outros tecidos moles (SOUZA ACS, 2022). No Brasil os dados mais recentes do INCA, indicam que a taxa de mortalidade no ano de 2018 foi de 0,1% em relação a todos os tipos de câncer, totalizando 1316 mortes, sendo a região sudeste a de maior mortalidade (INCA, 2020).

Não se sabe ao certo a etiologia, porém há relação com alguns fatores, o principal é a radioterapia, o risco tende a ser aumentado no local onde os pacientes receberam a radiação previa, sendo mais comum em radioterapias para câncer de mama, linfoma Hodgkin e não Hodgkin e câncer de colo de útero, em estudos os pacientes desenvolveram SPM entre 3 a 23 anos após a exposição sendo o tempo médio de desenvolvimento entre 10 e 13 anos (HOFF PMG, 2012). Outros fatores de risco são idade e genética. Há comprovação que portadores de síndromes têm risco aumentado, as mais comuns são: Neurofibromatose, a Síndrome de Li Fraumeni e o Retinoblastoma. Os portadores dessas síndromes têm 20 a 30 vezes mais chances de desenvolver sarcoma quando comparado com a população geral. Outro fator relevante é a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que aumenta indiretamente o risco em 100.000 vezes de desenvolver sarcoma de Kaposi (CASANOVA J e FERNANDES I, 2019).

Por ser uma neoplasia rara e heterogênea, com quase 50 subtipos histológicos diferentes, a tendência é que o diagnóstico seja tardio, a confirmação diagnóstica se dá por meio de análise anatomopatológica (LOPES A, 1999). Os tipos mais comuns são o lipossarcoma (20%), o leiomioma (15%) e o histiocitoma fibroso maligno (14%). O lipossarcoma é dividido histologicamente em células bem diferenciadas e células desdiferenciadas, de células mixóides e/ou redondas, e de células pleomórficas (TSENG WW, et al., 2013). Os lipossarcomas de células bem diferenciados caracterizados por apresentarem grandes massas multilobuladas, bem delimitadas, representam 40% dos lipossarcomas (CONYERS R, et al., 2011).

Normalmente o paciente apresenta um nódulo ou massa palpável com ou sem dor, a sintomatologia sistêmica está relacionada com o crescimento tumoral que compromete as estruturas adjacentes, lesões superficiais são mais perceptíveis, o que auxilia no diagnóstico precoce, diferente dos tumores de localização interna que tem sintomatologia tardia e diagnóstico dificultado. Sintomas gerais de anorexia e astenia também podem estar presentes. Em relação às metástases, a principal via é a hematológica; metástases linfonodais são mais raras. O pulmão é o local de maior probabilidade de instalação, sendo um grande fator de mau prognóstico (SCHWAB JH, et al., 2007).

O diagnóstico é feito, de maneira multidisciplinar. Se a anamnese e exame físico indicarem possível SPM, serão requeridos exames de imagem, como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. O diagnóstico definitivo, porém, só é obtido por biópsia que poderá ser realizada por meio de aspiração com agulha fina (FNA), core needle, cirúrgica, excisional e incisional conforme a experiência do profissional perante determinado tipo tumoral (ALVES LIMA D, 2021).

O estadiamento dos sarcomas de partes moles é feito por dois principais sistemas de graduação em 3 graus, o French Federation of Cancer Centers Sarcoma Group (FNCLCC) e o National Cancer Institute (NCI). O FNCLCC utiliza como critério a diferenciação, atividade mitótica e necrose com scores atribuídos a cada um desses critérios (1 a 3), (1 a 3) e (0 a 2) respectivamente, quando somados identifica-se Grau 1: 2 ou 3; Grau 2: 4 ou 5 e Grau 3: 6 a 8. (CASANOVA J e FERNANDES I, 2019).

Antes de 1980, a cirurgia era o único tratamento e as taxas de amputação variavam entre 32% e 90%, dependendo do centro de atendimento. (SILVA MO, et al., 2022). O principal método de tratamento para os SPM é a ressecção cirúrgica do tumor, sendo importante assegurar margens livres de 1-2 cm. Deve-se ainda, levar em consideração a localização da lesão, que por muitas vezes tem sua excisão comprometida devido às estruturas adjacentes. Quando a remoção tumoral não é total a cirurgia se torna meramente paliativa (VOLTAN K, et al., 2020).

Radioterapia e quimioterapia podem ser usadas como adjuvantes e neo-adjuvantes. Nesse caso, é importante considerar alguns fatores como, condição clínica, idade do paciente e benefícios (ADEMAR LOPES, 1999). A amputação do membro acometido, contudo, não apresenta nenhuma vantagem de sobrevida em relação ao tratamento conservados, quando indicado adequadamente (HOFF PMG, 2012). Mesmo com uma vasta gama de tratamentos disponíveis, 50% dos pacientes com sarcomas de tecidos moles morrem pela doença, uma estatística que pouco se alterou nas últimas décadas (NUNES GA, et al., 2012).

O prognóstico dos SPM é feito por meio da análise de tamanho, profundidade, grau histológico, integridade da ressecção, recorrência local e tipo histológico (STOJADINOVIC A, et al., 2002). O tamanho médio dos SPM foi verificado em único estudo com 559 indivíduos, sendo este de 7cm (TROVIK CS, et al., 2000). É discutido, ainda, a função da qualidade do tratamento no prognóstico (GRONCHI A, et al., 2005). São avaliados, ainda, questões como grau de malignidade e presença ou ausência de metástase. Todos esses fatores prognósticos influenciam na recorrência local/metastática e sobrevida da doença (ADEMAR LOPES, 1999).

Questionamos, portanto: os sarcomas de partes moles possuem maior incidência conforme idade e gênero? Quais os tipos histológicos mais frequentes de acordo com os fatores analisados? Quais os principais locais de acometimento dos SPM e até que tamanho se desenvolvem? Qual o estágio mais frequente? Existem casos de recidivas e/ou metástases? Quais foram os planejamentos terapêuticos de escolha? Dessa maneira, acreditamos que esses questionamentos podem ser auxiliados a serem respondidos por meio de uma coleta e análise de dados dos prontuários de pacientes portadores de sarcoma de partes moles, variando em: I. Idade; II. Gênero; III. Tipo histológico; IV. Local de acometimento; V. Tamanho tumoral; VI. Estadiamento; VII. Tratamento adjuvante ou neoadjuvante associado; VIII. Recidiva e metástase.

O estudo teve como objetivo central é destacar os dados relacionados aos casos cirúrgicos de Sarcoma de Partes Moles (SPM) tratados em um hospital especializado em oncologia na cidade de Maringá-PR, analisando a distribuição da incidência por gênero, faixa etária, tipos histológicos, locais mais comuns de envolvimento, taxa de sobrevida, ocorrências de recidiva e metástase.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo exploratório do tipo retrospectivo dos casos cirúrgicos de sarcoma de partes moles admitidos no hospital. O período correspondente à pesquisa compreendeu de 01 de janeiro de 2016 até 31 de dezembro de 2020. Foram incluídos todos os casos com diagnóstico concreto de sarcoma de partes moles, disponíveis no período estabelecido.

Foram elegíveis para o estudo, prontuários que continham a confirmação diagnóstica mediante as análises anatomopatológicas ou histopatológicas, associadas ou não a métodos de imagem. Além disso, foram utilizados dados contidos em prontuários de pacientes, independentemente da idade e gênero, localização do tumor e estadiamento. Os casos com diagnóstico suspeito ou inconclusivo foram descartados como amostra para a pesquisa.

Os prontuários foram sistematizados por meio de elementos de verificação e os dados coletados foram registrados em banco de dados do Microsoft Excel, sendo descritos e evidenciados por meio de gráficos e tabelas. Entre os critérios analisados estavam os dados sociais e demográficos como idade e gênero. Dados também avaliados foram: tipo histológico (de acordo com a classificação do blue book da WHO), localização topográfica da lesão (segmentado em grandes áreas – cabeça e pescoço, tórax, abdômen, dorso, retroperitônio, pelve, membros superiores e membros inferiores), diâmetro do tumor (utilizando a maior dimensão em centímetros dos dados tridimensionais do anatomopatológico) e estadiamento TNM (de acordo com o AJCC de 2017 atualizado pelo American College of Pathology).

Em relação ao tratamento, foram analisados os métodos utilizados, tais como: cirurgia exclusiva ou em combinação a quimioterapia e/ou radioterapia adjuvantes ou neo-adjuvantes. Também foram coletadas informações a respeito dos desfechos clínicos.

Os dados se basearam nas recidivas e/ou metástases, incluindo apenas os pacientes que tiveram confirmação por métodos laboratoriais e/ou de imagem. Ademais, foram registrados os status dos pacientes em relação a vida com doença ou sem atividade de doença, além dos óbitos causados pelos sarcomas ou outras causas.

Para obtenção dos dados do hospital, seguiram-se os termos preconizados pela resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número CAAE: 40920220.5.0000.5539 e número do parecer: 4.469.542.

RESULTADOS

A pesquisa inicial envolveu uma busca criteriosa por pacientes cujos prontuários continham palavras-chave relacionadas ao tema em estudo, resultando na identificação inicial de 105 casos. Posteriormente, foi realizada uma análise detalhada e integral desses prontuários, a fim de verificar a conformidade dos diagnósticos com os critérios estabelecidos para o estudo.

Durante essa etapa, tornou-se necessário excluir algumas amostras da pesquisa, devido a diagnósticos que foram considerados suspeitos ou inconclusivos, o que comprometeria a validade dos resultados. Após essa triagem, a amostra final foi definida, incluindo 66 pacientes, nos quais foram analisados um total de 80 tumores. Essa contagem considera pacientes que apresentavam tumores em mais de um sítio, bem como casos de recidivas e diagnósticos de segundo primário.

Dos 66 casos, 54,54% (36) eram do sexo masculino e 45,45% (30) do sexo feminino. A média de idade foi de 56 anos, sendo o mais novo com 21 e o mais velho com 91 anos. Além disso a faixa etária com mais casos foi dos 61-70 anos com 17 amostras (25,75%).

As regiões mais acometidas em ordem decrescente foram Membro Inferior 24,28% (17), Retroperitônio 21,42% (15), Membro Superior 11,42% (4), Dorso-lombar 10% (7), Cabeça e Pescoço 10% (7), Parede torácica 8,57% (6), Pelve 8,57% (6), Abdômen 5,71% (4) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Tabela sobre localização topográfica da lesão.

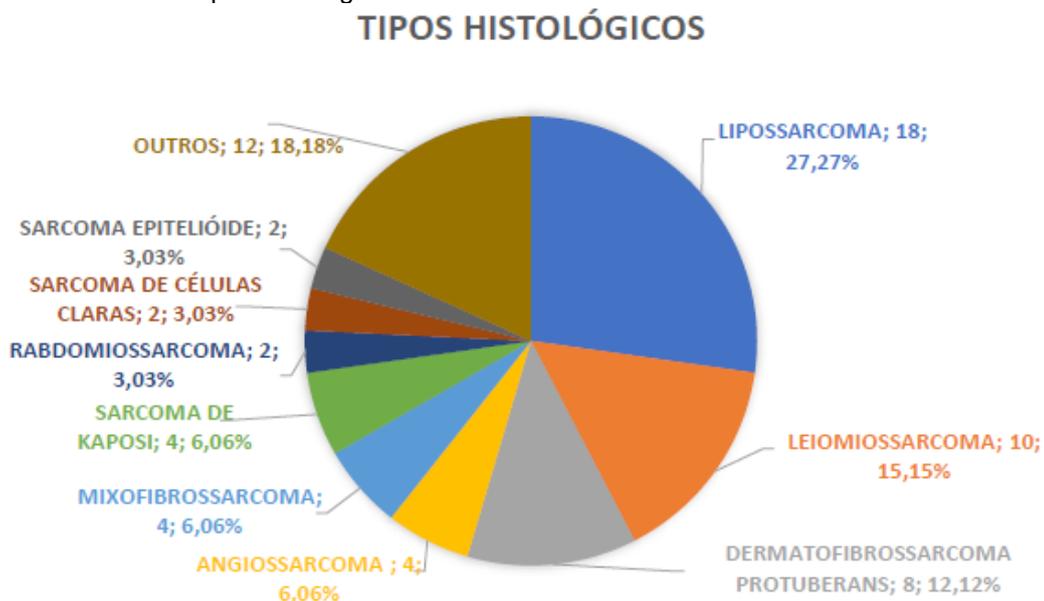
Localização topográfica da lesão (%)	
Membro inferior	24,28%
Retroperitônio	21,42%
Membro superior	11,42%
Dorso-lombar	10%
Cabeça e pescoço	10%
Parede torácica	8,57%
Pelve	8,57%
Abdômen	5,71%

Fonte: Yamaoto AH, et al., 2025.

Entre a grande variedade de tipos histológicos encontrada, os mais frequentes foram lipossarcoma 27,27% (18), leiomiossarcoma 15,15% (10), dermatofibrossarcoma protuberans 12,12% (8), angiossarcoma 6,06% (4), mixofibrossarcoma 6,06% (4), sarcoma de kaposi 6,06% (4), rabiomiossarcoma 3,03% (2), sarcoma de células claras 3,03% (2), sarcoma epitelióide 3,03% (2).

Outras variantes histológicas foram encontradas, porém, com menos frequência, sendo incluído na tabela como "outros", sarcoma de Ewing 1,51% (1), sarcoma mixóide 1,51% (1), sarcoma sinovial 1,51% (1), condrossarcoma mixóide extraesquelético 1,51% (1) e tumor maligno da bainha do nervo periférico 1,51% (1), sarcomas definidos como fusocelular/pleomórfico, lesão fusocelular infiltrativa ou neoplasia maligna sarcomatóide pleomórfica também foram incluídos no item "outros", representando 7,57% (5), o **Gráfico 1** evidência a variedade histológica da casuística.

Gráfico 1 - Tipos histológicos encontrados.



Fonte: Yamaoto AH, et al., 2025.

Os dados referentes ao estadiamento não estavam presentes em todos os prontuários dos pacientes avaliados. Como resultado, a classificação TNM pôde ser aplicada a apenas 37 dos 66 pacientes que compõem a amostra deste estudo. No que diz respeito à classificação do tumor, observou-se que 15 pacientes foram classificados como pT2, enquanto 10 pacientes foram classificados como pT1. Além disso, foram identificados 8 casos classificados como pT4 e apenas 4 casos como pT3.

Quando analisamos a classificação linfonodal, encontramos que 35 dos 66 pacientes tinham essa informação registrada nos prontuários. Desses, 29 pacientes foram classificados como pNx e 6 casos como pN0. Em relação ao grau histológico dos tumores, dos 56 prontuários que continham essa informação, 64%

dos pacientes (totalizando 36) apresentavam tumores de alto grau, enquanto 35,71% (ou seja, 20 pacientes) apresentavam tumores de baixo grau.

Além disso, a classificação FNCLCC (French Federation of Cancer Centers Sarcoma Group), que foi aplicada em 33 amostras, revelou que 51,52% dos pacientes (17 amostras) foram classificados como Grau III. Outros 30,30% dos pacientes (10 amostras) foram classificados como Grau I, enquanto 18,18% (6 amostras) foram classificados como Grau II. Em relação ao tamanho tumoral, o estudo incluiu um total de 80 tumores. Para fins de análise, foi considerada a maior dimensão medida no exame anatomopatológico.

Os tumores apresentaram um tamanho médio de 7,72 cm, variando entre uma menor dimensão de 0,4 cm e uma maior de 30 cm. Quando comparamos o tamanho tumoral com a localização das lesões, obtivemos os dados apresentados na (Tabela 2).

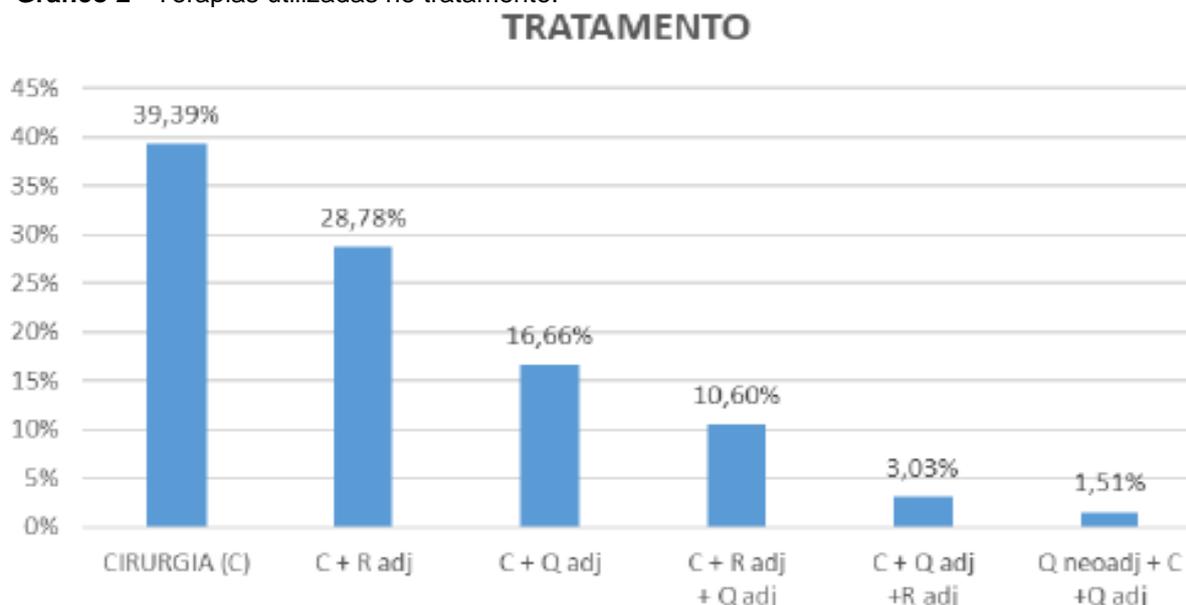
Tabela 2 - Média e extremos de tamanho tumoral segmentado em grandes áreas.

Região	Tamanho médio (cm)	Extremos (cm)
Membro superior	4,05	1,0 – 13,5
Cabeça e pescoço	2,7	0,8 – 6,0
Retroperitônio	12,95	2,0 – 30,0
Abdômen	7,57	1,3 – 17,0
Parede torácica	6,91	1,0 – 12,5
Dorso-lombar	7,74	1,2 – 16,5
Membro inferior	6,59	0,4 – 26,0
Pelve	6,5	2,0 – 9,0

Fonte: Yamaoto AH, et al., 2025.

A cirurgia isolada (C) foi o principal método terapêutico utilizado, sendo responsável por 39,39% dos casos (26). Além disso, é bastante comum a associação de tratamentos neoadjuvantes (neoadj) e adjuvantes (adj), como a radioterapia (R) e quimioterapia (Q), que são empregados para complementar a eficácia do tratamento cirúrgico e melhorar os resultados clínicos. O Gráfico 2 apresenta uma visão detalhada das diversas terapias utilizadas, incluindo a combinação desses tratamentos e a ordem em que são implementados ao longo do processo terapêutico.

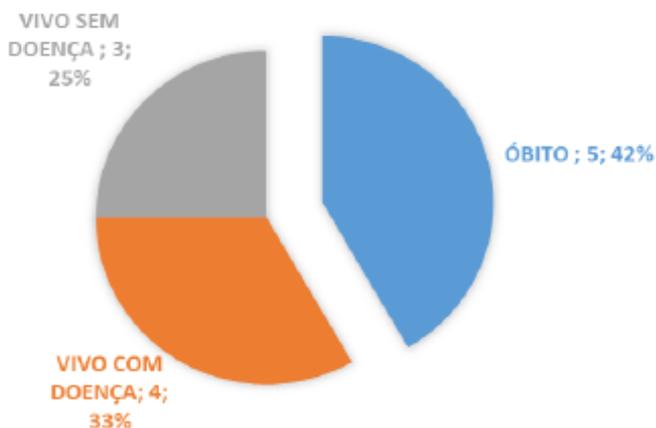
Gráfico 2 - Terapias utilizadas no tratamento.



Fonte: Yamaoto AH, et al., 2025.

As recidivas locais foram observadas em 25,75% dos casos (17 pacientes), enquanto as metástases ocorreram em 18,18% dos casos (12 pacientes). No que diz respeito aos pacientes que apresentaram metástases, a evolução clínica variou: 42% deles (5 pacientes) vieram a óbito, 33% (4 pacientes) estão atualmente vivos, mas ainda convivem com a doença, e 25% (3 pacientes) encontram-se vivos sem sinais de doença no momento (**Gráfico 3**).

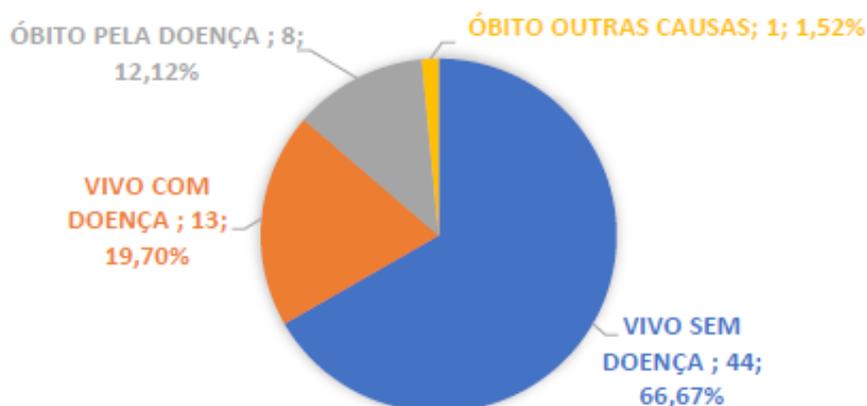
Gráfico 3 - Status dos pacientes com metástase.
STATUS DE PACIENTES COM METÁSTASE



Fonte: Yamaoto AH, et al., 2025.

Em relação à situação dos pacientes no estudo, foi observado que 66,67% dos participantes (um total de 44 pessoas) estavam vivos e sem sinais de doença no momento da avaliação. Além disso, 19,70% dos pacientes (correspondendo a 13 pessoas) estavam vivos, mas ainda apresentavam sinais da doença. Por outro lado, 12,12% dos participantes (8 pessoas) infelizmente faleceram devido à progressão da doença. Por fim, 1,52% dos pacientes (representado por 1 pessoa) faleceram por causas não relacionadas à doença em questão. Esses dados são representados no (**Gráfico 4**).

Gráfico 4 - Status geral dos pacientes.
STATUS DOS PACIENTES



Fonte: Yamaoto AH, et al., 2025.

DISCUSSÃO

A idade média de acometimento encontrada neste estudo foi de 56 anos. Este dado está alinhado com as literaturas mais recentes e atualizadas em nível mundial, que indicam uma maior incidência de casos em indivíduos com idade superior a 50 anos (NUNES GA, et al., 2012). Sendo que a prevalência maior em faixas

com idades acima de 50 anos pode estar relacionada a estilos de vida cumulativos, maior exposição a fatores de risco ao longo dos anos e alterações biológicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

A relação entre homens e mulheres, contudo, se mostrou pouco acima do que é relatado em (NUNES GA, et al., 2012), (1,1/1), uma mudança ínfima de 1,2/1. A predominância da incidência em homens (54,54%) sobre as mulheres (45,45%), vai de encontro à pesquisa de Ferrari A, et al.(2011) em que todos os casos de SPM registrados no US Surveillance, Epidemiology e banco de dados de acesso público End Results (SEER) entre 1973 e 2006 mostraram que o gênero masculino é o mais afetado pelos sarcomas. Os tipos histológicos avaliados após a coleta de dados vão de encontro, parcialmente, com a bibliografia de base em que coincide com a maior incidência geral dos lipossarcomas, seguido pelos leiomiossarcomas. A ausência de histiocitoma maligno, contudo, faz a parcialidade dos dados em relação a outros estudos.

Os sítios de acometimento estão conforme os estudos mais recentes de 2021, o que surpreende, contudo, é a menor proporção sarcomas em retroperitônio, que neste estudo é igual a incidência em membros inferiores, que se demonstrava muito menor quando comparada na literatura (SHIDHAM VB, et al., 2006). O tamanho médio de todos os SPM foi de 7,72cm, o que confirma a média proporcional de 7cm feita por estudo que abrangia 559 pacientes com sarcomas de partes moles de todos os tipos e locais (NUNES GA, et al., 2012). A grande quantidade de pacientes com estadiamento tumoral acima do grau 1 demonstra o dado relatado sobre a dificuldade de diagnóstico desses tipos tumorais, coincidindo para uma evolução da doença. Todavia, a maioria dos pacientes não se encontrava em TNM's aumentados, o que pode estar demonstrando uma peculiaridade do sistema de saúde de Maringá-PR, evidenciando uma efetividade de acesso e diagnóstico mais precoce do paciente.

A taxa de óbito geral de 12,12%, até a presente situação dos pacientes, foi menor do que esperado visto que nos dados da última década pelo menos metade deveria morrer pela doença, seja pós tratamento, com recidiva ou não, porém deve-se levar em consideração o período curto de análise (NUNES GA, et al., 2012). As recidivas locais foram observadas em somente 17 casos (25,75%) e as metástases estavam presentes em 12 pacientes (18,18%), enquanto Shidham VB, et al (2006) cita que até 80% dos acometidos vão sofrer com as recidivas locais e 52% terão metástases, evidenciando no presente trabalho números reduzidos, mas que também é necessário considerar o período da pesquisa para esse dado.

Não houveram tratamentos isolados de quimioterapia e radioterapia, sendo as duas sempre incluídas em terapias conjunto com cirurgia (isso quando não se encontra isolada), fato esse que corrobora com o caráter multidisciplinar do tratamento dos sarcomas, evidenciando a eficácia da remoção tumoral cirúrgica como método mais efetivo para a cura dos sarcomas de partes moles. A soberania do método tratamento cirúrgico isolado já havia sido relatado em estudos mais antigos como aponta estudo realizado por meio de dados registrados de 1989 a 1995 pelo Comprehensive Cancer Center North-Netherlands (CCCN), com uma predominância de 57% frente a outros tratamentos (NIJHUIS PH, et al., 1999).

Uma das principais limitações do artigo é que a amostra de dados foi coletada exclusivamente em um único hospital, o que restringe a generalização dos resultados para outros contextos ou instituições. Essa abordagem limita a diversidade de fatores socioeconômicos, culturais e demográficos que poderiam influenciar os resultados, tornando-os menos representativos de populações mais amplas. Assim, os resultados do estudo devem ser interpretados com cautela, especialmente ao extrapolá-las para outros hospitais ou sistemas de saúde que possam operar sob condições distintas. Estudos futuros poderiam se beneficiar de uma coleta de dados mais abrangente, envolvendo múltiplas instituições e regiões.

CONCLUSÃO

Conclui-se, a partir deste estudo, que o tratamento dos sarcomas de partes moles é um processo extremamente complexo, não apenas devido à diversidade das áreas que podem ser acometidas, mas também pelas variadas possibilidades de complicações e disseminações associadas a essa condição. Além disso, mesmo diante das adversidades que surgem devido ao diagnóstico frequentemente desafiador dos sarcomas de partes moles (SPM), observa-se que a regional do município de Maringá-PR segue padrões

similares aos encontrados em dados estruturais de diversas partes do mundo. Esse fato é evidenciado pela apresentação de menores taxas de óbito e pela maior efetividade no tratamento, quando comparado a outros estudos e relatórios existentes sobre o tema, demonstrando assim uma abordagem eficaz e resultados positivos no combate a essa enfermidade. Ademais, evidencia a escassez de estudos científicos atuais sobre sarcomas de partes moles, comprometendo o progresso das pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. ADEMAR LOPES. Sarcomas de partes moles. Medsi. Rio De Janeiro, 1999.
2. ALVES LIMA D. Elaboração de protocolo de atendimento multidisciplinar a pacientes com sarcomas de partes moles do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Tese de mestrado (Mestra em Ciências na área de Oncologia). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2021.
3. SOUZA ACS. Papel do Receptor Lgr5 no Prognóstico e na Biologia de Sarcomas de Partes Moles. Tese de doutorado (Doutora em Ciências). Fundação Antônio Prudente, 2022.
4. CASANOVA J e FERNANDES I. Sarcoma dos Tecidos Moles Abordagem, Diagnóstico e Terapêutica. Grupo Português de Estudos de Sarcomas, 2019.
5. CONYERS R, et al. Lipossarcoma: genética molecular e terapêutica. Sarcoma, 2011.
6. CRAGO AM e BRENNAN MF. Princípios no tratamento do sarcoma de tecido mole. Adv Surg, 2015; 49(1): 107-122.
7. FERRARI A, et al. Sarcoma de tecidos moles em todas as faixas etárias: um estudo populacional do banco de dados Surveillance Epidemiology and End Results. Pediatric Blood e Cancer, 2011; 57.
8. GRONCHI A, et al. Estado das margens cirúrgicas e prognóstico em sarcomas de partes moles de extremidades em adultos: uma série de pacientes tratados em uma única instituição. Journal of Clinical Oncology, 2005; 23(1): 96-104.
9. INCA. Instituto Nacional de Câncer. Atlas On-line de Mortalidade. INCA, 2020.
10. NIJHUIS PH, et al. Aspectos epidemiológicos dos sarcomas de tecidos moles (STS) - consequências para o desenho de ensaios clínicos de STS. European Journal of Cancer, Oxford, 1999; 35(12): 1705-1710.
11. NUNES GA, et al. Sarcomas de partes moles: experiência cirúrgica de cinco anos em hospital escola. Revista HCPA. Porto Alegre, 2012; 32.
12. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia global e plano de ação sobre envelhecimento e saúde. 2017. Acesso em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>.
13. HOFF GMP. Tratado de Oncologia. Athene. São Paulo, 2012.
14. SCHWAB JH, et al. Metástases esqueléticas em lipossarcoma mixoide: um padrão incomum de disseminação distante. Ann Surg Oncol. 2007.
15. SHIDHAM VB, et al. Tumores benignos e malignos de tecidos moles. MedScape, 2006.
16. SILVA MO, et al. Sarcoma de alto grau de partes moles em membros inferiores – Diagnóstico pela ressonância magnética: relato de caso. Diagnóstico e Tratamento, 2022.
17. STOJADINOVIC A, et al. Sarcoma primário de tecidos moles em adultos: influência dependente do tempo de variáveis prognósticas. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. Nova Iorque, 2002; 20-21.
18. TROVIK CS, et al. Margens cirúrgicas, recorrência local e metástase em sarcomas de partes moles: 559 pacientes tratados cirurgicamente do Scandinavian Sarcoma Group Register. European Journal of Cancer. Oxford, 2000; 36.
19. TSENG WW, et al. Novas terapias sistêmicas em lipossarcoma avançado: uma revisão dos resultados de ensaios clínicos recentes. Cânceres, 2013.
20. VOLTANK, et al. Sarcomas de partes moles nos membros, mais comuns e tão graves quanto os sarcomas ósseos. Revista Brasileira de Ortopedia, 2020.