

SARCOMA DE PARÓTIDA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Collares, M.V.M., Pinto, R.D.A., Chem, R.C., Waizman, G.D.P., Kuhl, G., Portinho, C.P., Souza, R.M., Costa, L.A.L. Serviço de Cirurgia Plástica/HCPA e Departamento de Cirurgia/FAMED/UFRGS/HCPA.

Fundamentação: os sarcomas de parótida são tumores raros. Eles representam cerca de 6% de todas as neoplasias abaixo dos 15 anos e 3 a 5% dos tumores de glândulas salivares. A disseminação pode ser hematogênica ou linfonodal, dependendo do tipo histológico. O tratamento estabelecido para os sarcomas de baixo grau é a ressecção cirúrgica. Os tratamentos adjuvantes não parecem ter resultado satisfatório. A sobrevida destes tumores é de 60-70% em 5 anos. A graduação histológica é o critério prognóstico mais importante. As metástases pulmonares são o local mais comum de disseminação sistêmica.

Objetivos: escrever a conduta terapêutica tendo em vista a apresentação deste tumor.

Casuística e métodos: revisão de prontuário e da literatura internacional pelo MEDLINE®.

Resultados: os autores relatam o caso de uma paciente de 2 anos, negra, encaminhada pela Equipe de Oncologia Pediátrica do HCPA para avaliação de uma massa em região de parótida esquerda. A avaliação inicial com ultra-sonografia sugeriu hemangioma de parótida e a conduta foi conservadora. No entanto, houve crescimento progressivo em 3-4 meses antes da cirurgia, com aparecimento de outra lesão no canto esquerdo da boca. Ao exame físico, constatou-se que se tratava de uma única lesão com extensão locorregional. Realizou-se biópsia incisional, com diagnóstico anátomo-patológico (AP) de sarcoma indiferenciado de baixo grau. A paciente foi estadiada, apresentando apenas doença localizada. Como não há nenhum protocolo bem estabelecido quanto a tratamentos neoadjuvantes ou adjuvantes para este tipo de sarcoma, optou-se por um esquema quimioterápico (vincristina, doxorubicina, cisplatina) visando citorredução pré-operatória. Houve diminuição da massa tumoral. Após, a paciente foi submetida à cirurgia de ressecção tumoral. Ao início do procedimento, confirmou-se que a massa na região parotídea tinha extensão através do ducto de Stensen, tendo destruído-o completamente e formado a outra massa do canto da boca. Foi realizada uma ressecção em bloco da massa e margens macroscópicas, que foram ampliadas conforme avaliação transoperatória de congelação. Os retalhos cutâneos puderam ser preservados, prescindindo de novo tempo de reconstrução com retalhos locais ou livres. A paciente teve boa evolução pós-operatória. Recebeu alta hospitalar no 7º pós-operatório, sem complicações. Os APs definitivos apresentaram margens livres. A paciente será submetida a novos ciclos de quimioterapia por um ano.

Conclusões: a ressecção agressiva é necessária ao tratamento dos sarcomas. Tais procedimentos costumam ser bastante desfigurantes na área de cabeça e pescoço, necessitando, muitas vezes de vários tempos de reconstrução posteriormente. O conhecimento anatômico detalhado é necessário, visando a conhecer as rotas locorregionais de disseminação do tumor.