

## ABDOMINOPLASTIA E TUMOR DE PAREDE ABDOMINAL: RELATO DE CASO

### *Abdominoplasty and abdominal wall tumor: case report*

ÉLIO PEREIRA MAGALHÃES<sup>1</sup>, LÁZARA DE NAZARET CHAGAS CALDEIRA<sup>2</sup>, RODRIGO OTÁVIO GONTIJO TOSTES<sup>1</sup>, JOÃO CARLOS CISNEIROS GUEDES DE ANDRADE JÚNIOR<sup>1</sup>, KELLY DANIELLE DE ARAÚJO SILVA<sup>3</sup>, LAURO JOSÉ VÍTOR AVELLÁN NEVES<sup>4</sup>

#### RESUMO

Os autores descrevem o caso de uma paciente que desenvolveu lesão cística dois anos após abdominoplastia, sendo inicialmente abordada como pseudocisto e, após estudo anatomopatológico, diagnosticada como tumor desmóide. As neoplasias de partes moles podem surgir em sítios cirúrgicos, a partir de tecidos cicatriciais, e exigem conduta cirúrgica agressiva devido ao alto índice de recidiva local (15-42%). Nem sempre métodos de estudo citológicos e imaginológicos são capazes de esclarecer o diagnóstico, com necessidade de complementação por estudo anatomopatológico, imunohistoquímica e microscopia eletrônica. A partir do momento em que o médico considera a neoplasia como hipótese diagnóstica, deve-se buscar o diagnóstico por procedimentos oncológicamente corretos e instituir-se o tratamento precoce.

**Descritores:** Abdome, cirurgia. Sarcoma. Cistos. Cisto dermóide.

#### SUMMARY

The authors describe a case of a patient who developed a cystic lesion two years after abdominoplasty, which was first approached as pseudocyst, and after histologic study was classified as desmoid tumor. The soft tissue tumors can arise from surgical scars, and require aggressive surgical approach due to a high level of local recidive (15 – 42%). Imaginologic and cytological studies aren't always able to elucidate the diagnosis, and sometimes it's necessary the histologic, immunohistochemical and electronical microscopy study. The surgeon has to look for a diagnose and precocious treatment, with correct procedures, from the moment that considerates the tumor a diagnostic hypothesis.

**Descriptors:** Abdomen, surgery. Sarcoma. Cysts. Dermoid cyst.

1. Cirurgião Plástico; Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do HC-UFMG.
2. Cirurgião Plástico; Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do HC-UFMG.
3. Cirurgião Plástico.
4. Médico Residente do Serviço de Cirurgia Plástica do HC-UFMG.

**Correspondência para:** Élio Pereira Magalhães  
Rua Primavera, 112/302 - Santo Antônio - Belo Horizonte, MG - CEP: 30330-260 - Tel: 0xx31 9636-8750

## INTRODUÇÃO

Após abdominoplastias, a ocorrência de pseudocisto, como já descrito por Morel-Lavallee, em 1853<sup>1</sup>, no caso de descolamento importante da parede abdominal, é de frequência considerável, sendo algumas vezes necessária sua ressecção cirúrgica em busca do tratamento definitivo. Porém, neoplasias de partes moles podem apresentar-se de modo semelhante<sup>2</sup>, confundindo o diagnóstico e requerendo abordagem clínico-cirúrgica mais agressiva. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente que manifestou lesão cística em parede abdominal após abdominoplastia, e que, pela biópsia, foi diagnosticada como tumor desmóide, indicando-se então tratamento cirúrgico apropriado.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 62 anos, submetida a abdominoplastia clássica com plicatura mediana da aponeurose anterior do músculo reto abdominal, em junho de 2000, e que evoluiu com abaulamento abdominal infra-umbilical doloroso dois anos após o procedimento.

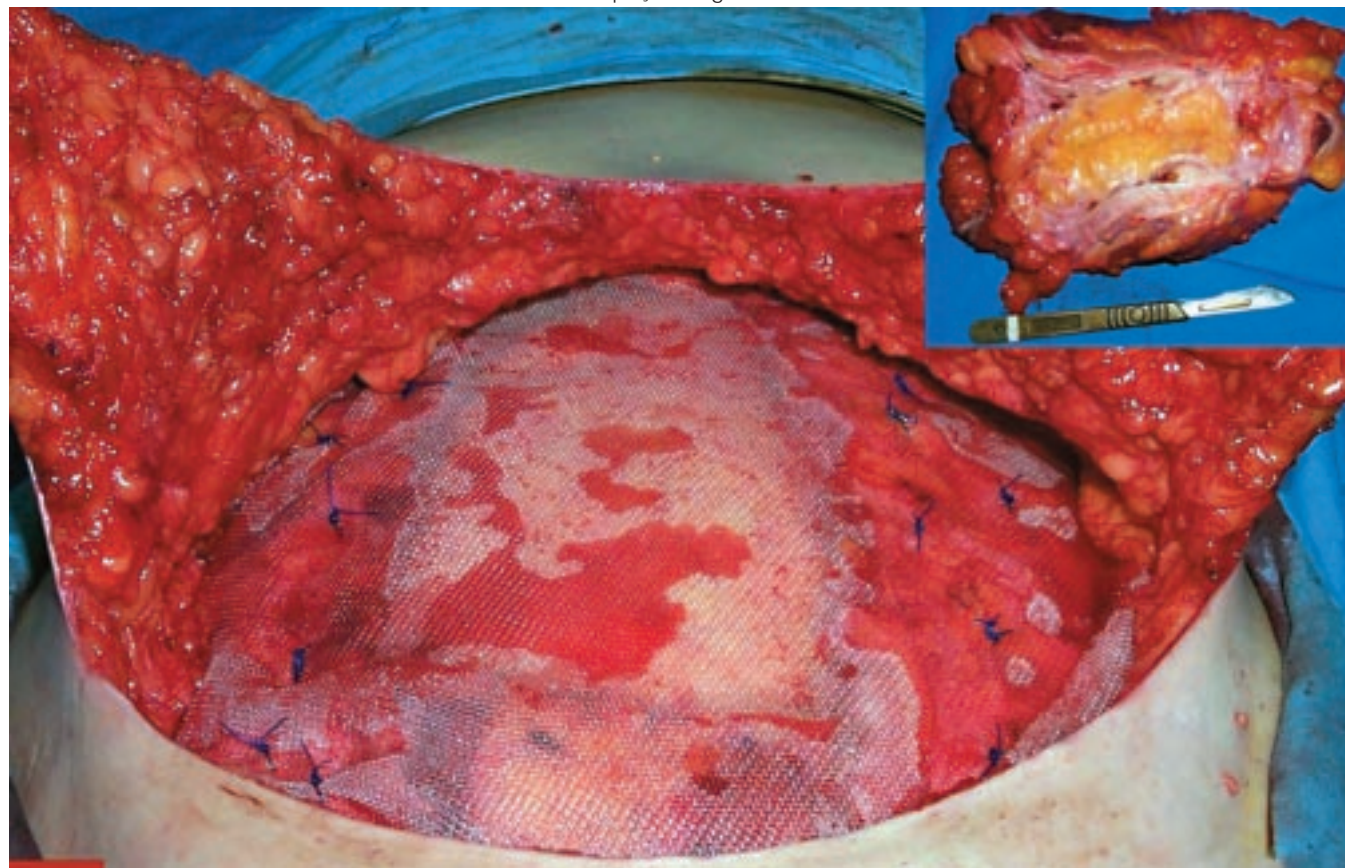
Realizada ultra-sonografia abdominal que evidenciou coleção aparentemente subcutânea com aspecto macroscópico compatível com seroma e cuja punção só foi possível sob visão guiada. O exame citológico e bacteriológico do líquido aspirado foi inconclusivo. Fez acompanhamento ultrasonográfico, com recidiva de coleção. Avaliação por tomografia computadorizada sugeriu estrutura fusiforme no subcutâneo da parede abdominal anterior, em íntimo contato com musculatura, porém sem caracterizar relação com aponeurose anterior do músculo reto abdominal, com limites regulares e bem definidos (Figura 1).

Submetida a cirurgia para biópsia incisional por incisão à Pfannestiel, cujo resultado mostrou tratar-se de neoplasia mesenquimal compatível com tumor desmóide ou fibrossarcoma de baixo grau de malignidade. Realizada nova intervenção cirúrgica com ressecção ampla em monobloco da parede abdominal em todas suas camadas, incluindo cicatriz e área de descolamento prévio, e reconstrução com tela de polipropileno e mobilização de retalhos (Figuras 2 e 3). O estudo anatomo-patológico diagnosticou a lesão como tumor desmóide, com margens cirúrgicas livres. A paciente encontra-se, desde então, em acompanhamento no Serviço de Cirurgia Plástica do HC-UFMG, sem sinais de recidiva da lesão.

Figura 1 - Pré-operatório com marcação de pele a ser incisada; detalhe da lesão à tomografia computadorizada.



Figura 2 - Retalhos abdominais elevados, mostrando reconstrução da parede com tela de polipropileno; detalhe da peça cirúrgica ressecada.



## DISCUSSÃO

A história natural dos tumores de partes moles da parede abdominal é pobremente estudada devido à raridade dos mesmos<sup>3-5</sup>. Salientamos a importância do médico estar atento às possíveis manifestações clínicas de tais tumores para permitir o diagnóstico e tratamento precoces.

Pseudocistos podem surgir após abdominoplastia ou outras cirurgias com grande descolamento da parede abdominal. Nesse caso relatado, foi considerado como hipótese diagnóstica principal, apesar de se tratar de um tumor desmóide, só diagnosticado após estudo anatomopatológico. Os diferentes tipos histológicos de tumores de partes moles possuem manifestações clínicas semelhantes, com surgimento de massa de crescimento lento, indolor em sua maioria<sup>6,7</sup>.

O diagnóstico diferencial pode tornar-se difícil, pois apenas algumas peculiaridades podem defini-los, como o tumor desmóide e o fibrossarcoma de baixo grau, que já foram considerados o mesmo tumor, e agora diferenciados histologicamente por meio de imunohistoquímica e microscopia eletrônica.

A fibromatose desmóide pode ser dos tipos esporádico, associado a polipose adenomatosa familiar (Síndrome de Gardner - 3,5 a 29%) ou multicêntrico/ familiar, sendo que 25% ocorrem na parede abdominal<sup>8</sup>. É mais comum no sexo feminino (2:1), com pico de incidência entre 20 e 40 anos. Em mulheres, pode se desenvolver durante a gravidez ou após o parto, em cicatrizes, com evidências de que o alto grau de estrogênio atue como promotor<sup>9</sup>. Desenvolve-se a partir de estruturas músculo-aponeuróticas da parede abdominal, especialmente do oblíquo interno e músculo reto abdominal. Recorrência local ocorre entre 15-30%, nos dois primeiros anos após tratamento.

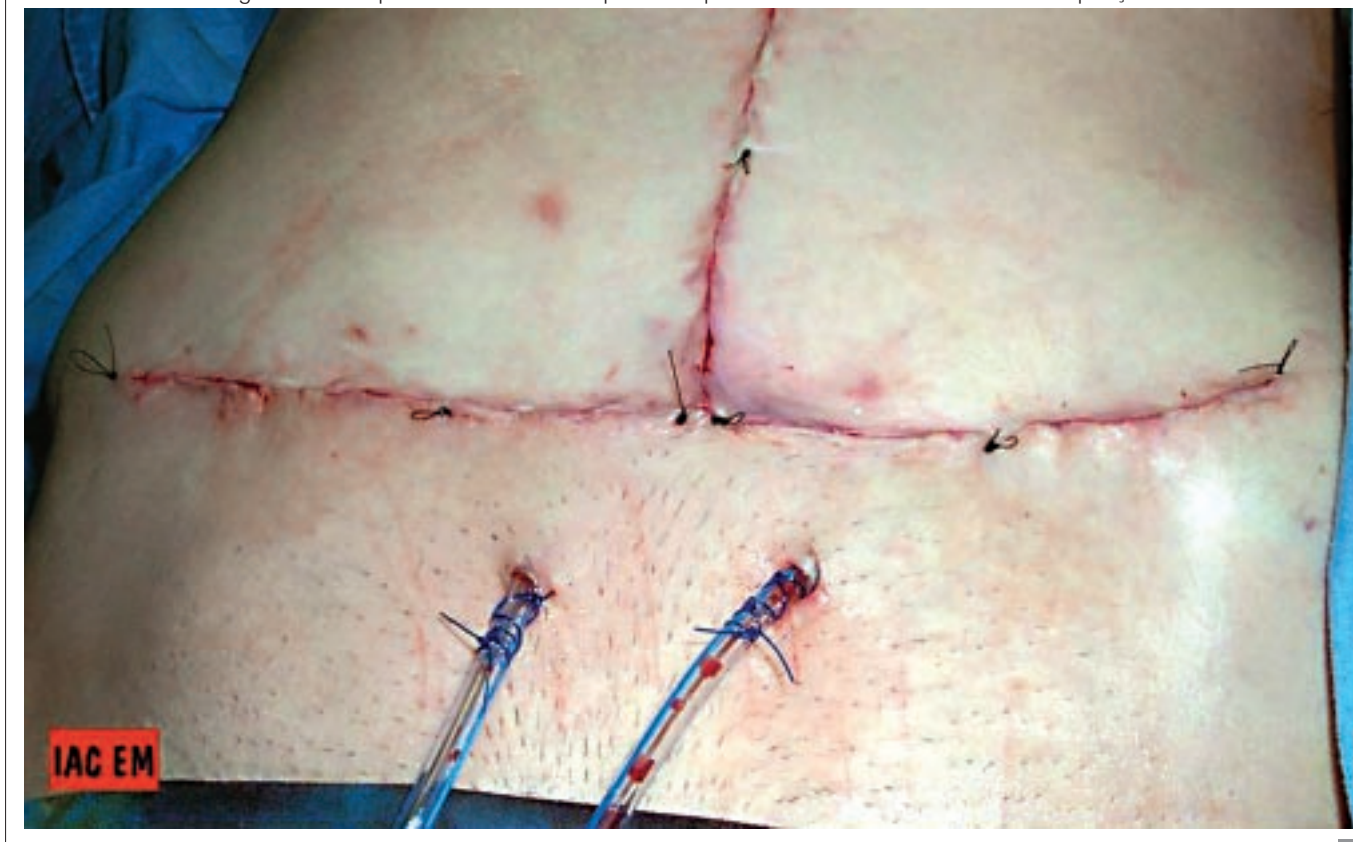
O fibrossarcoma corresponde a 5% das neoplasias malignas dos tecidos moles. Apresenta elevada taxa de recorrência local, com média de 42%, e com 63% de taxa de metástase à distância em cinco anos. A sobrevida em cinco anos é menor que 40% nos adultos e maior que 80% nas crianças.

O diagnóstico dessas lesões deve ser feito por biópsia excisional ou incisional longitudinal para tumor maior que 5 cm. Os exames de imagem auxiliam o diagnóstico.

O planejamento terapêutico deve abranger uma cirurgia oncológica adequada, com ressecção de todas



Figura 3 – Pós-operatório imediato - aspecto da parede abdominal com drenos de aspiração.



as camadas da parede abdominal, com margem de 2-3 cm. A ressecção deve ser feita em monobloco, incluindo cicatriz prévia, sem visualizar a pseudocápsula que envolve a lesão no per-operatório. Radioterapia ou quimioterapia adjuvantes são avaliadas de acordo com grau histológico, local de acometimento, tamanho da lesão e avaliação das margens cirúrgicas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zecha PJ, Missotten FE. Pseudocyst formation after abdominoplasty: extravasations of Morel-Lavallee. *Br J Plast Surg.* 1999;52(6):500-2.
2. Stojadinovic A, Hoos A, Karpoff HM, Leung DH, Antonescu CR, Brennan MF, et al. Soft tissue tumors of the abdominal wall: analysis of disease patterns and treatment. *Arch Surg.* 2001;136(1):70-9.
3. Shields CJ, Winter DC, Kirwan WO, Redmond HP. Desmoid tumours. *Eur J Surg Oncol.* 2001;27(8):701-6.
4. Schlemmer M. Desmoid tumors and deep fibromatoses. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2005;19(3):565-71, vii-viii.
5. Speranzini MB, Deutsch CR, Martins Júnior O, Cunha JC, Speranzini MM, Oliveira MR. Tumor desmóide: revisão bibliográfica e apresentação de 19 casos. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo.* 1988;43(1):14-9.
6. Rossi BM, Lopes A, Bachega Jr W. Sarcoma de partes moles. Rio de Janeiro:Medsi;1999.
7. Weiss SW, Goldblum JR. *Soft tissue tumors.* St. Louis: Mosby;2001.
8. Miyaki M, Konishi M, Kikuchi-Yanoshita R, Enomoto M, Tanaka K, Takahashi H, et al. Coexistence of somatic and germ-line mutations of APC gene in desmoid tumors from patients with familial adenomatous polyposis. *Cancer Res.* 1993;53(21):5079-82.
9. Priolli DG, Martinez CAR, Mazzini DLS, Souza CAF, Piovesan H, Nonose R. Tumor desmóide da parede abdominal durante a gravidez: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(5):283-8.