Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32583

LEIOMIOSSARCOMA RETROPERITONEAL VOLUMOSO: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E DA RESSECÇÃO ONCOLÓGICA MULTIVISCERAL

LARGE RETROPERITONEAL LEIOMYOSARCOMA: DIAGNOSTIC CHALLENGES AND MULTIVISCERAL ONCOLOGIC RESECTION

Cássia Gabriela Assunção Moraes[1]
Vitor Matheus Orlando Sampaio[2]
Luan Souza Gomes[3]
Higino Felipe Figueiredo[4]

RESUMO: Introdução: O leiomiossarcoma retroperitoneal é uma neoplasia mesenquimal maligna rara, cuja localização profunda pode favorecer crescimento expressivo e diagnóstico tardio. Objetivo: Descrever os desafios diagnósticos, anatomopatológicos e terapêuticos de um leiomiossarcoma retroperitoneal volumoso submetido a ressecção multivisceral, contextualizando o caso à luz da literatura. Métodos: Relato de caso descritivo, baseado exclusivamente nas informações clínicas fornecidas, acompanhado de revisão narrativa de consensos e diretrizes sobre sarcomas retroperitoneais. Relato do caso: Mulher, 38 anos, com dor abdominal direita e massa palpável. Tomografia e ressonância identificaram lesão heterogênea retroperitoneal direita com até 14,9 × 9,0 × 13,2 cm, compressão ureteral e hidronefrose moderada. Biópsia e imuno-histoquímica demonstraram neoplasia fusocelular com diferenciação muscular lisa. A cirurgia envolveu ressecção tumoral, salpingo-ooforectomia direita, enterectomia segmentar e colectomia direita, com reconstrução ileocólica. O exame definitivo confirmou leiomiossarcoma FNCLCC grau 3, 14,0 × 11,0 cm, 30 mitoses/10 campos de grande aumento, cerca de 15% de necrose, margens livres e 50 linfonodos negativos. No pós-operatório, realizou-se passagem de cateter duplo J sem intercorrências, com confirmação subsequente da viabilidade ureteral, progressão da dieta conforme tolerância e acompanhamento por oncologista clínico, com quimioterapia programada. Conclusão: O caso ressalta a necessidade de avaliação por imagem, confirmação histológica e planejamento multidisciplinar para viabilizar ressecção completa de tumores retroperitoneais extensos. O seguimento permanece em curso, sem desfechos oncológicos tardios disponíveis.

Palavras-chave: Leiomiossarcoma. Sarcoma retroperitoneal. Ressecção multivisceral. Imuno-histoquímica.

[1] Médica pela Universidade Nilton Lins. Residente pelo Hospital Samel.
[2] Médico pela Universidade Federal do Amazonas.
[3] Médico pela Universidade Federal do Amazonas. Cirurgião Geral.
[4] Médico pela Universidade do Estado do Amazonas. Cirurgião Geral. Cancerologista/Cancerologista Cirúrgico.

ABSTRACT: Introduction: Retroperitoneal leiomyosarcoma is a rare malignant mesenchymal neoplasm whose deep location may favor extensive growth and late diagnosis. Objective: To describe the diagnostic, anatomopathological, and therapeutic challenges of a large retroperitoneal leiomyosarcoma submitted to multivisceral resection, placing the case in the context of the literature. Methods: Descriptive case report, based exclusively on the clinical information provided, accompanied by a narrative review of consensus statements and guidelines on retroperitoneal sarcomas. Case report: A 38-year-old woman with right abdominal pain and a palpable mass. Computed tomography and magnetic resonance imaging identified a heterogeneous right retroperitoneal lesion measuring up to 14.9 × 9.0 × 13.2 cm, with ureteral compression and moderate hydronephrosis. Biopsy and immunohistochemistry showed a spindle cell neoplasm with smooth muscle differentiation. Surgery involved tumor resection, right salpingo-oophorectomy, segmental enterectomy, and right colectomy, with ileocolic reconstruction. The definitive examination confirmed FNCLCC grade 3 leiomyosarcoma, 14.0 × 11.0 cm, with 30 mitoses/10 high-power fields, approximately 15% necrosis, free margins, and 50 negative lymph nodes. Postoperatively, a double-J catheter was placed without complications, with subsequent confirmation of ureteral viability, diet progression as tolerated, and follow-up by a medical oncologist, with chemotherapy scheduled. Conclusion: The case highlights the need for imaging assessment, histological confirmation, and multidisciplinary planning to enable complete resection of extensive retroperitoneal tumors. Follow-up remains ongoing, with no late oncological outcomes available.

Keywords: Leiomyosarcoma. Retroperitoneal sarcoma. Multivisceral resection. Immunohistochemistry.

1 INTRODUÇÃO

Os sarcomas retroperitoneais compreendem um grupo heterogêneo de neoplasias malignas de origem mesenquimal, com subtipos histológicos que apresentam padrões distintos de disseminação, recorrência e prognóstico. A região retroperitoneal dispõe de amplo espaço anatômico, o que permite crescimento silencioso até que surjam dor, massa abdominal ou manifestações compressivas. O consenso internacional TARPSWG enfatiza que esses tumores devem ser avaliados por equipes experientes e de forma individualizada, considerando localização, histologia e possibilidade de ressecção (1).

Entre os principais subtipos estão lipossarcomas e leiomiossarcomas. O leiomiossarcoma caracteriza-se por diferenciação de músculo liso, frequentemente reconhecida pela combinação de morfologia fusocelular e marcadores imuno-histoquímicos específicos. Em comparação com outros subtipos retroperitoneais, pode apresentar propensão relevante à disseminação à distância, o que torna o acompanhamento oncológico essencial mesmo após ressecção completa (1,2).

A tomografia computadorizada e a ressonância magnética permitem definir tamanho, extensão e relações anatômicas da massa, mas a confirmação de seu subtipo geralmente depende

de biópsia com agulha grossa e avaliação anatomopatológica. No contexto de doença localizada ressecável, a cirurgia constitui a principal modalidade de tratamento potencialmente curativo, podendo exigir retirada em bloco de estruturas adjacentes para obtenção de margens adequadas (1,3).

Nesse cenário, o caso apresentado é relevante por envolver paciente jovem, massa extensa, compressão ureteral e necessidade de cirurgia multivisceral, com confirmação de neoplasia de alto grau, porém com margens histologicamente negativas. O objetivo do trabalho é analisar as etapas diagnósticas e terapêuticas desse caso em diálogo com as recomendações atuais para sarcomas retroperitoneais.

Como objetivo geral do presente trabalho têm-se: descrever o manejo de um leiomiossarcoma retroperitoneal volumoso em paciente adulta, com ênfase nos desafios diagnósticos e na ressecção oncológica multivisceral.

Em relação aos objetivos específicos, elenca-se: caracterizar a apresentação clínica e os achados de imagem; demonstrar a contribuição da biópsia e da imuno-histoquímica para a definição diagnóstica; detalhar as relações anatômicas que motivaram a estratégia cirúrgica; interpretar os achados anatomopatológicos definitivos; discutir as implicações do grau tumoral, das margens e do acompanhamento multidisciplinar.

2 MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de caso, acompanhado de revisão narrativa e contextual da literatura científica. Foram considerados história clínica, exames de imagem, biópsia, painel imuno-histoquímico, descrição operatória, anatomopatológico definitivo e evolução hospitalar documentada. O relato foi organizado em sequência clínica e analisado com foco na tomada de decisão diagnóstica e cirúrgica.

Para contextualização, foram consultados documentos e artigos de referência verificáveis, incluindo consenso internacional de manejo dos sarcomas retroperitoneais, diretrizes de sarcomas de partes moles e estudo randomizado sobre radioterapia pré-operatória. Trata-se de revisão narrativa direcionada, sem protocolo de revisão sistemática, busca exaustiva, dupla triagem ou metanálise. Portanto, não se apresentam fluxograma PRISMA nem totais de estudos hipoteticamente selecionados.

As informações de identificação pessoal da paciente foram omitidas. O material disponibilizado não contém documento de consentimento para publicação nem

aprovação/dispensa de apreciação ética; essas condições deverão ser verificadas pela instituição antes de divulgação científica. Também não foram disponibilizados registros completos de longo prazo.

3 RELATO DE CASO

3.1 Informações clínicas e investigação inicial

Paciente do sexo feminino, 38 anos, admitida em abril de 2026 com dor abdominal predominante à direita e percepção de massa em hipocôndrio direito. Não foram referidos diabetes mellitus, hipertensão arterial, intervenções cirúrgicas prévias, tabagismo ou consumo de bebidas alcoólicas. Uma tomografia inicial indicou lesão de aproximadamente 11 cm, em contato com estruturas abdominais, suscitando como hipótese diferencial um tumor estromal gastrointestinal (GIST).

A endoscopia digestiva alta mostrou pangastrite edematosa leve, sem alterações duodenais significativas. As biópsias gástricas evidenciaram gastrite crônica leve associada a Helicobacter pylori, sem malignidade morfológica. Esse achado gastrointestinal foi descrito durante a investigação, mas não estabeleceu a origem da massa retroperitoneal.

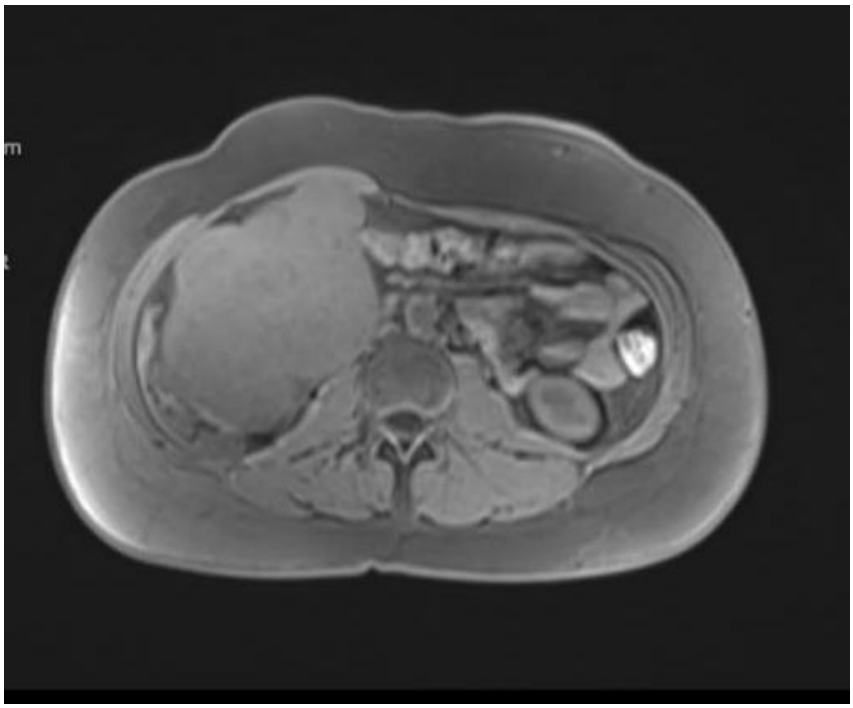
3.2 Caracterização radiológica

Na avaliação tomográfica subsequente, observou-se lesão expansiva heterogênea no flanco direito, medindo 14,9 × 9,0 × 13,2 cm, com deslocamento de órgãos e moderada ectasia do sistema coletor ipsilateral. A ressonância magnética de abdome superior e pelve identificou massa com epicentro junto ao retroperitônio direito, realce intenso e heterogêneo após contraste e importante efeito de massa sobre alças intestinais, sem plano de clivagem claramente definido.

Destacou-se compressão do ureter proximal direito, com hidronefrose moderada e alteração perfusional renal do mesmo lado. Não foram identificadas linfonodomegalias abdominais. As possibilidades diagnósticas incluíram neoplasia mesenquimal, GIST exofítico, leiomiossarcoma e tumor neurogênico; a distinção dependia de análise tecidual.

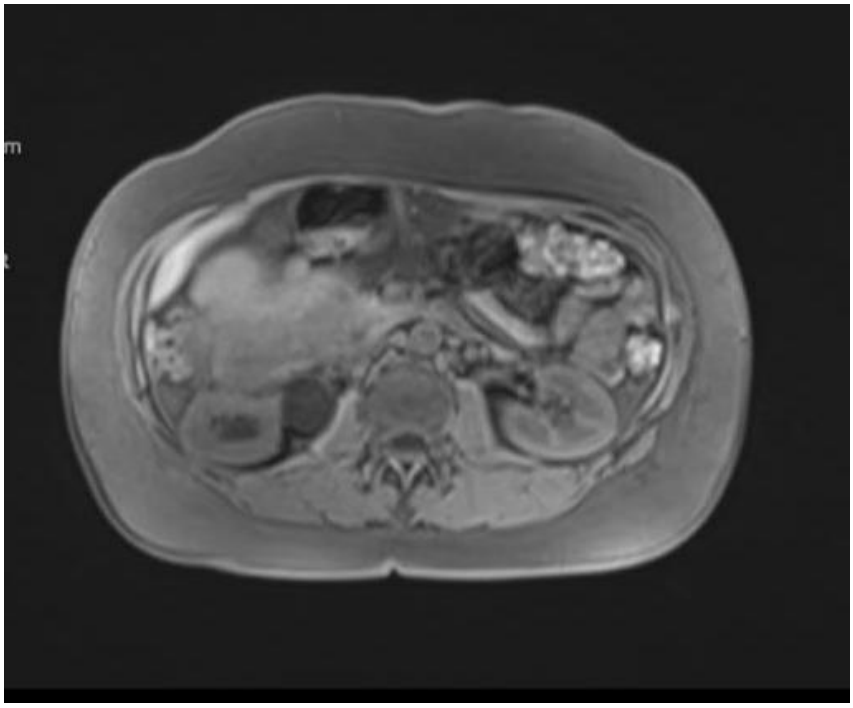
As imagens selecionadas da ressonância pré-operatória (Figuras A a C) ilustram cortes axiais do abdome e contribuem para a documentação visual da investigação. A interpretação das dimensões, da compressão ureteral e das relações anatômicas baseia-se na descrição radiológica fornecida, não na leitura isolada destas capturas de tela.

Figura A – Ressonância magnética pré-operatória do abdome, corte axial selecionado (1/3)



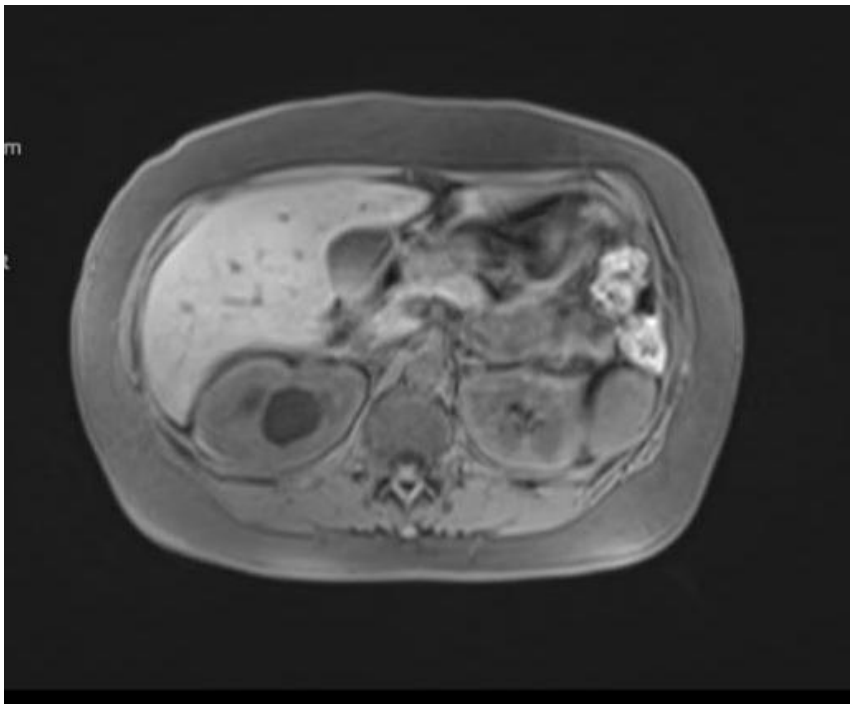
Fonte: Imagens clínicas fornecidas, com identificação pessoal suprimida.

Figura B – Ressonância magnética pré-operatória do abdome, corte axial selecionado (2/3)



Fonte: Imagens clínicas fornecidas, com identificação pessoal suprimida.

Figura C – Ressonância magnética pré-operatória do abdome, corte axial selecionado (3/3)



Fonte: Imagens clínicas fornecidas, com identificação pessoal suprimida.

3.3 Biópsia e definição histológica

Foi realizada biópsia percutânea guiada por ultrassonografia, sem intercorrências registradas. A análise inicial demonstrou neoplasia fusocelular de aspecto miogênico. A complementação imuno-histoquímica evidenciou expressão de h-caldesmon, calponina, desmina e HHF-35, com positividade de Ki-67 em aproximadamente 70% das células. A associação de atipias significativas, atividade mitótica elevada, necrose e marcadores musculares lisos fundamentou o diagnóstico de leiomiossarcoma retroperitoneal.

3.4 Planejamento e tratamento cirúrgico

Diante das dimensões da lesão e da relação íntima com estruturas abdominais, foi indicada ressecção cirúrgica. O inventário intraoperatório descreveu volumosa massa com componentes retroperitoneal e peritoneal, aderida ao mesentério próximo à raiz mesentérica e situada junto ao ureter e rim direitos, infundíbulo pélvico direito e duodeno. A proximidade e as aderências envolvendo o rim e o ureter direitos aumentaram a complexidade técnica da abordagem.

Realizaram-se cuidadosa liberação tumoral e ureterólise direita para individualização e preservação do ureter. A operação incluiu retirada da massa retroperitoneal, salpingo-

ooforectomia direita, enterectomia segmentar e colectomia direita, seguidas de reconstrução do trânsito intestinal por anastomose entre o íleo e o cólon transverso.

Em razão da manipulação ureteral e do comprometimento compressivo pré-operatório, realizou-se posteriormente a passagem de cateter ureteral duplo J, sem intercorrências. No acompanhamento pós-operatório, foi confirmada a viabilidade do ureter direito, estando prevista a retirada do cateter após aproximadamente dois meses do procedimento. Essa conduta integrou a estratégia de preservação do trato urinário superior, evitando, sempre que tecnicamente possível, a perda da unidade renal direita.

A preservação renal assumiu importância adicional diante da possibilidade de tratamento quimioterápico sistêmico subsequente. Embora a necessidade de quimioterapia e seus esquemas dependam de avaliação oncológica individualizada, a manutenção da função renal representa aspecto relevante para a segurança e o planejamento terapêutico. Ressalta-se que a viabilidade ureteral descrita não equivale, isoladamente, à comprovação laboratorial da função renal, cujos parâmetros não foram fornecidos. O aspecto macroscópico da peça cirúrgica é apresentado nas Figuras 1 a 3.

3.5 Anatomopatológico definitivo e evolução

O estudo da peça cirúrgica confirmou leiomiossarcoma retroperitoneal unifocal, com 14,0 × 11,0 cm, grau 3 pelo sistema FNCLCC, 30 mitoses por dez campos de grande aumento e aproximadamente 15% de necrose tumoral. Não foi identificada invasão linfovascular. Todas as margens cirúrgicas examinadas estavam livres de neoplasia, assim como os 50 linfonodos regionais avaliados. O laudo informado no material registra pT3 pN0 pM0 segundo a 8ª edição do AJCC; a categoria pM0 é aqui reproduzida conforme o documento original, sem pressupor comprovação anatomopatológica de ausência de metástases à distância.

Os segmentos intestinais e as estruturas anexiais ressecadas não apresentaram comprometimento neoplásico nos locais descritos: íleo terminal, margens proximal e distal, apêndice, mesoapêndice, ovário e tuba uterina direitos. Os 20 linfonodos mesentéricos e os 30 pericólicos estavam negativos, totalizando 50 linfonodos sem acometimento.

A avaliação imuno-histoquímica complementar da peça cirúrgica, emitida em outubro de 2026, corroborou o diagnóstico de leiomiossarcoma grau 3. O painel demonstrou positividade para actina de músculo liso (AML), h-caldesmon, calponina e desmina, com índice proliferativo Ki-67 de aproximadamente 80% das células de interesse. Foram negativos CD117 (KIT),

fumarato hidratase, MDM2, miogenina, PTEN, receptores de estrogênio e progesterona e S100. O índice de 80% corresponde ao exame complementar da peça, distinto do valor aproximado de 70% anteriormente descrito na biópsia.

No primeiro dia pós-operatório, a paciente encontrava-se em unidade de terapia intensiva, hemodinamicamente estável, sem queixas, náuseas ou vômitos, com diurese preservada e inicialmente em dieta zero. Durante a evolução pós-operatória, houve progressão gradual da dieta, conforme as condições clínicas e a aceitação alimentar da paciente. A passagem do cateter duplo J transcorreu sem intercorrências e, no acompanhamento posterior, foi confirmada a viabilidade ureteral, com programação de retirada do dispositivo após aproximadamente dois meses da sua colocação.

Desde a alta hospitalar, a paciente encontra-se em acompanhamento conjunto com oncologista clínico e tem início de quimioterapia programado. Houve, ainda, encaminhamento para avaliação radioterápica, sem confirmação de realização dessa modalidade. Até o momento das informações disponibilizadas, a quimioterapia não havia sido descrita como efetivamente iniciada, e não foram apresentados exames de seguimento oncológico de longo prazo.

Tabela 1 – Síntese dos dados clínicos, cirúrgicos e anatomopatológicos (atualizada)

Característica	Achado documentado
Paciente	Mulher, 38 anos na admissão de abril de 2026
Imagem	Massa 14,9 × 9,0 × 13,2 cm; compressão ureteral e hidronefrose direita
Diagnóstico	Leiomiossarcoma; imuno-histoquímica muscular lisa positiva; Ki-67 ~70% (biópsia) e 80% (peça)
Cirurgia	Ressecção tumoral, salpingo-ooforectomia direita, enterectomia, colectomia direita e anastomose ileotransversa
Preservação urinária	Ureterólise e duplo J sem intercorrências; viabilidade ureteral confirmada no acompanhamento; retirada prevista após ~2 meses
Peça cirúrgica	14,0 × 11,0 cm; FNCLCC grau 3; 30 mitoses/10 CGA; ~15% necrose
Margens e linfonodos	Margens negativas; 0/50 linfonodos acometidos
Pós-operatório	Estabilidade hemodinâmica; progressão da dieta conforme condições clínicas e aceitação
Seguimento	Acompanhamento com oncologista desde a alta; início de quimioterapia programado; avaliação radioterápica solicitada

Fonte: Dados clínicos fornecidos e laudo imuno-histoquímico complementar.

3.6 Registro fotográfico da peça cirúrgica

As Figuras 1 a 3 apresentam registros fotográficos da peça cirúrgica obtida após a ressecção oncológica multivisceral. As imagens reforçam o caráter volumoso da neoplasia e a necessidade de retirada em monobloco com estruturas adjacentes, em consonância com a descrição operatória e com o exame anatomopatológico definitivo.

Figura 1 – Aspecto macroscópico da peça cirúrgica após ressecção multivisceral, evidenciando massa tumoral volumosa em monobloco com estruturas anexas



Figura 2 – Peça cirúrgica com destaque para a massa tumoral retroperitoneal associada a segmento intestinal e tecido adiposo adjacente



Figura 3 – Vista macroscópica complementar da peça cirúrgica ressecada em monobloco



Fonte: Arquivo fotográfico intraoperatório disponibilizado para composição do relato.

4 DISCUSSÃO

4.1 Apresentação clínica e diagnóstico diferencial

A apresentação observada é compatível com a história natural de massas retroperitoneais volumosas, cujo crescimento profundo pode ocorrer por longo período antes do aparecimento de sintomas. A dor abdominal e a massa palpável motivaram investigação, ao passo que os achados compressivos identificados na imagem evidenciaram o envolvimento funcional do trato urinário. De acordo com o TARPSWG, a avaliação pré-tratamento deve considerar o subtipo histológico, a extensão da doença e o estado funcional para orientar a estratégia de ressecção (1).

A hipótese inicial de GIST demonstra a dificuldade de estabelecer a origem de uma massa abdominal exofítica apenas pela topografia radiológica. A diversidade de tumores possíveis nessa localização torna fundamental a integração entre dados de imagem e caracterização histológica, em vez de interpretação isolada de um exame.

4.2 Papel da imagem, biópsia e imuno-histoquímica

A tomografia demonstrou as dimensões e a repercussão anatômica da massa, enquanto a ressonância detalhou seu realce, a ausência de planos de clivagem bem definidos e a compressão ureteral. Essa combinação foi decisiva para antecipar riscos técnicos relacionados à dissecção de vasos, mesentério, intestino e trato urinário. Recomendações internacionais apoiam a biópsia percutânea com agulha grossa guiada por imagem antes da cirurgia na maioria dos sarcomas retroperitoneais, para confirmação histológica e discussão multidisciplinar (1).

No caso, o padrão fusocelular, associado à expressão de marcadores de músculo liso, orientou o diagnóstico de leiomiossarcoma. O Ki-67 de aproximadamente 70% apontou elevada atividade proliferativa no material biopsiado, mas sua interpretação deve ser integrada a critérios morfológicos e à graduação FNCLCC na peça cirúrgica. A confirmação anatomopatológica final identificou diferenciação muscular lisa e neoplasia de alto grau.

4.3 Ressecção multivisceral e resultado oncológico

A cirurgia teve como dificuldade principal a proximidade da lesão com ureter, rim, duodeno, mesentério e segmentos intestinais. O planejamento cirúrgico de sarcomas retroperitoneais exige ponderar, de modo individualizado, a viabilidade de retirada completa e a morbidade de ressecções de estruturas contíguas. O consenso TARPSWG considera a ressecção macroscópica completa o fundamento do tratamento de doença localizada, reconhecendo que a operação pode envolver estruturas adjacentes (1).

A associação de ureterólise, colectomia, enterectomia e salpingo-ooforectomia reflete a complexidade anatômica. É importante distinguir contato e aderência cirúrgica de invasão histológica: embora órgãos tenham sido retirados no contexto da operação, a análise não demonstrou acometimento tumoral de parte das estruturas examinadas. Assim, a extensão da ressecção deve ser compreendida como estratégia para remoção segura e adequada da massa, e não como prova de invasão microscópica de todos os órgãos ressecados.

A obtenção de margens histologicamente negativas é um dado favorável do resultado local da operação, mas não elimina o risco de recorrência e de disseminação sistêmica, especialmente diante de grau 3, alta atividade mitótica e necrose. O padrão de falha varia conforme o subtipo e, em leiomiossarcomas retroperitoneais, a vigilância de doença à distância é particularmente relevante (1,2).

Neste caso, a ureterólise e a colocação subsequente de duplo J permitiram privilegiar a preservação anatômica do ureter direito. O acompanhamento clínico confirmou sua viabilidade e foi programada a retirada do cateter após aproximadamente dois meses. A preservação do rim ipsilateral também foi ponderada em função de possível tratamento sistêmico, para o qual a avaliação da função renal pode influenciar a escolha e a segurança dos agentes utilizados.

4.4 Graduação histológica, estadiamento e prognóstico

O grau FNCLCC incorpora diferenciação tumoral, índice mitótico e necrose, parâmetros empregados na estratificação prognóstica dos sarcomas de partes moles. A presença de 30 mitoses/10 campos de grande aumento e cerca de 15% de necrose se alinha à classificação definitiva de alto grau fornecida pelo anatomopatológico. A ausência de invasão linfovascular, margens livres e linfonodos negativos integra o quadro pós-operatório, porém não permite concluir ausência de risco de doença residual microscópica ou recidiva futura.

O estadiamento pT3 pNo pMo foi transcrito do relato, mas a atribuição de categoria metastática exige documentação do estadiamento sistêmico conforme critérios aplicáveis. O arquivo clínico não informa exame torácico de estadiamento ou outros resultados suficientes para verificar independentemente a categoria M. Por isso, não se atribui um estádio prognóstico global adicional neste trabalho.

4.5 Radioterapia, tratamento complementar e seguimento

O encaminhamento para radioterapia mencionado no relato deve ser interpretado como solicitação de avaliação especializada, e não como tratamento efetivamente realizado. O ensaio randomizado STRASS não demonstrou benefício geral que justificasse radioterapia pré-operatória rotineira para todos os sarcomas retroperitoneais ressecáveis (4). Diretrizes contemporâneas indicam que a radioterapia pós-operatória não é recomendada de maneira sistemática por seu potencial de toxicidade e que decisões de terapia complementar devem ser individualizadas em centro de referência (3).

O acompanhamento de sarcoma retroperitoneal de alto grau demanda vigilância clínica e radiológica, inclusive do tórax, considerando o potencial de recidiva e disseminação distante. As diretrizes SEOM-GEIS apresentam recomendações de seguimento ajustadas à localização e ao risco tumoral (3). No caso, o período disponível limita-se ao pós-operatório imediato e ao

encaminhamento oncológico, impossibilitando conclusões sobre sobrevida livre de doença ou efetividade de eventual adjuvância.

A informação clínica atualizada registra acompanhamento por oncologista clínico desde a alta e programação de início de quimioterapia. Tal planejamento não deve ser confundido com tratamento já administrado, nem permite inferir resposta tumoral. A decisão sobre adjuvância deve considerar o subtipo histológico, o grau de malignidade, a condição clínica e a avaliação especializada, sem pressupor benefício individual a partir do presente relato.

4.6 Limitações do estudo

O relato foi elaborado a partir de documentação clínica resumida, de laudo imuno-histoquímico complementar e de capturas selecionadas de ressonância magnética pré-operatória, sem acesso à íntegra dos arquivos DICOM, dos relatórios completos de estadiamento, dos parâmetros laboratoriais de função renal ou de todo o prontuário longitudinal. Embora existam informações atualizadas sobre preservação ureteral e acompanhamento oncológico, ainda não há registros sobre a retirada efetiva do cateter, início e resposta à quimioterapia ou desfechos tardios. Não foi apresentado documento de consentimento específico para publicação. A revisão narrativa não permite estimativas agrupadas de efeito terapêutico.

5 CONCLUSÃO

O leiomiossarcoma retroperitoneal volumoso representa desafio clínico e cirúrgico pela apresentação inespecífica, crescimento em compartimento anatômico profundo e estreita relação com múltiplos órgãos. Neste caso, a avaliação por tomografia, ressonância, biópsia e imuno-histoquímica orientou a abordagem oncológica multivisceral. A ressecção resultou em margens negativas e linfonodos sem acometimento, apesar da neoplasia de alto grau. A estratégia de preservação ureterorrenal, complementada por cateterização duplo J sem intercorrências, mostrou viabilidade ureteral no acompanhamento informado e buscou resguardar uma unidade renal potencialmente importante para o tratamento sistêmico subsequente. A progressão alimentar e o seguimento multidisciplinar compuseram a recuperação pós-operatória, enquanto a quimioterapia permanece programada. O acompanhamento prolongado é indispensável para avaliar função renal, recorrência e resultados oncológicos.

REFERÊNCIAS

Swallow CJ, Strauss DC, Bonvalot S, Rutkowski P, Desai A, Gladdy RA, et al. Management of primary retroperitoneal sarcoma (RPS) in the adult: an updated consensus approach from the Transatlantic Australasian RPS Working Group. Ann Surg Oncol. 2021;28:7873-7888. doi:10.1245/s10434-021-09654-z.

Fabbroni C, Johnston EW, Sanfilippo R, Strauss DC, Bonvalot S, Spalek M, et al. Management of multifocal and metastatic retroperitoneal sarcoma: an updated consensus approach from the Transatlantic Australasian Retroperitoneal Sarcoma Working Group (TARPSWG). Cancer Treat Rev. 2026;143:103086. doi:10.1016/j.ctrv.2025.103086.

Serrano C, Arregui M, Carrasco I, Hindi N, Martínez-Trufero J, Martínez-García J, et al. SEOM-GEIS Spanish clinical guidelines for the management of soft-tissue sarcomas (2024). Clin Transl Oncol. 2025;27(4):1460-1471. doi:10.1007/s12094-024-03842-5.

Bonvalot S, Gronchi A, Le Péchoux C, Swallow CJ, Strauss D, Meeus P, et al. Preoperative radiotherapy plus surgery versus surgery alone for patients with primary retroperitoneal sarcoma (EORTC-62092: STRASS): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2020;21(10):1366-1377. doi:10.1016/S1470-2045(20)30446-0.

Gronchi A, Miah AB, Dei Tos AP, Abecassis N, Bajpai J, Bauer S, et al. Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO-EURACAN-GENTURIS clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2021;32(11):1348-1365. doi:10.1016/j.annonc.2021.07.006.