



RABDOMIOSSARCOMA DE PRÓSTATA: REVISÃO DE LITERATURA

GUSTAVO SANTANA DE LIMA (1), IVAN BORIN SELEGATTO 1, FÁBIO COLTRO NETO (1), JOÃO MARCOS IBRAHIM DE OLIVEIRA (1), LEONARDO OLIVEIRA REIS 1, WAGNER EDUARDO MATHEUS (1), UBIRAJARA FERREIRA (1)

(1) UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP), CAMPINAS, SÃO PAULO, BRASIL



ARTIGO
ANTERIOR

O rabdomiossarcoma (RMS) corresponde a tumor maligno originados das células que desenvolvem os músculos estriados da musculatura esquelética, apresentando curso agressivo e evolução rápida, com metástases a distância identificadas em até 25% dos pacientes no momento do diagnóstico. Apresenta maior prevalência no sexo masculino (relação de 1.4 a 3.3:1 - H:M) e é tumor típico da faixa etária pediátrica, com média de idade de 5 anos. Neste sentido, o RMS da próstata faz parte do grupo de sarcoma de partes moles (1, 2).

RMS é o principal tumor de próstata em crianças, porém também apresentam incidência em adultos (RMS pleomórficos) (3, 4). Os tumores prostáticos malignos de origem mesenquimal são raros, com incidência de 0.3 a 1% de todos os tumores malignos da próstata. Destes tumores, 30% são rabdomiossarcomas embrionários. A sua origem é desconhecida, mas pode estar associado a síndromes familiares, como Li Fraumeni e Neurofibromatose (3, 4).

Os tipos histológicos do rabdomiossarcoma prostático são o embrionário, alveolar e pleomórfico. O subtipo embrionário é o mais comum, ocorrendo entre 60-70% dos casos, nas quais suas variantes correspondem aos subtipos botriode e fusiforme. O subtipo alveolar geralmente acomete indivíduos mais velhos, com média de idade de 22 anos, enquanto nas crianças correspondem a apenas 20% dos casos de RMS. Já o RMS pleomórfico é raramente encontrado em crianças, que ocorre geralmente em adultos entre 30 e 50 anos (5, 6, 7).

Os principais locais de metástase são os pulmões, ossos, linfonodos, fígado, serosas e medula óssea (1, 7, 8). A metástase óssea do rabdomiossarcoma é osteolítica, ao contrário das do adenocarcinoma, que são osteoblásticas. Localmente, o RMS de próstata costuma infiltrar os planos periuretrais, perivesicais e perirretais, com deslocamento da bexiga e do reto (8, 9).

Os principais diagnósticos diferenciais do RMS de próstata são o linfoma e o carcinoma de

pequenas células, os quais são diagnosticados por meio de imuno-histoquímica (9).

A clínica dos pacientes com RMS de próstata correspondem a sintomas obstrutivos urinários, hematúria, incontinência, dor pélvica, retenção urinária e hemospermia em adultos. Também é relatado na literatura a ocorrência de constipação intestinal quando há compressão ou infiltração dos planos perirretais (2, 3, 6, 10, 11).

O diagnóstico definitivo se dá por meio da biópsia prostática guiada por USG transrretal. Em USG, manifesta-se como lesão hipo ou hiperecoica com áreas de sonoluscência, as quais correspondem a sítios de hemorragia ou necrose. Na TC pelve, caracteriza-se por massa de atenuação heterogênea e de caráter infiltrativo. Por fim, na RM, as características são inespecíficas, geralmente apresentando baixo sinal nas imagens ponderadas em T1 e alto sinal em T2. Neste caso, a RM é melhor indicada para avaliar a extensão local do tumor e o comprometimento dos planos adjacentes

(7, 8). O papel do PET-CT com FDG (flúor-de-soxi-glicose) no RMS próstata ainda está em discussão, porém seu maior benefício é complementar a identificação de metástases linfonodais. No RMS, o PET-PSMA apresenta pouco valor (9-11).

O tratamento do RMS próstata apresenta como princípios a quimioterapia neoadjuvante, seguida de ressecção cirúrgica radical da doença, com tentativa, sempre que possível, de preservação anatômica e funcional dos órgãos adjacentes. Por fim, também pode-se utilizar da radioterapia complementar em possíveis focos residuais da doença (1, 4, 5, 11). A QT utilizada varia entre os serviços, porém o esquema VAC (vincristina, actinomicina/doxorubicina e ciclofosfamida) é padrão nos EUA, enquanto o esquema IVA (ifosfamida, vincristina e actinomicina) é padrão na Europa. Já a radioterapia tem papel importante no controle local do tumor (6, 7, 10).

O prognóstico do RMS de próstata é reservado, apresentando sobrevida de 30-35%

em cinco anos, sendo doença mais agressiva e pior prognóstico em adultos quando comparados às crianças (6, 7).

O prognóstico é pior nos adultos quando comparado às crianças. Entre as crianças, os casos com idade menor que 1 ano ou maior que 10 anos são fatores de pior prognóstico, geralmente apresentando envolvimento ósseo e/ou envolvimento de medula óssea (1, 8, 11).

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Olivas AD, Antic T. Rhabdomyosarcoma of the Adult Prostate: A Case Report With Complete Molecular Profile. *Int J Surg Pathol.* 2020; 28:92-98.
2. Fábio Abílio Gomes de Almeida, Carlos Leite de Macêdo Filho, Ernesto Lima Araújo Melo, Luciana Mendes de Oliveira Cerri, Giovanni Guido Cerri. Rbdomiossarcoma prostático em adulto: relato de caso. *Radiol Bras* 40, 6, 2007.
3. Cavallero SRA, Góes, HFO, Silva CA, Nascimento ER, Costa FNF, Mota NR, et al. Rbdomiossarcoma Botrióide de Próstata em Adulto Jovem: Relato de Caso e Revisão da Literatura. *Revista Brasileira de Oncologia Clínica* 10, 35, 2014.
4. Ferman, Sima Esther. Análise de sobrevivência de pacientes pediátricos portadores de rbdmiossarcoma: 18 anos de experiência do Instituto Nacional de Câncer – RJ. Tese em Português São Paulo; 2005, 132.
5. Ozden E, Mercimek MN, Sarikaya S. Laparoscopic Bladder-Sparing Approach in Patients with Prostatic Rhabdomyosarcoma: A Case Series of Two Pediatric Patients. *Urol J.* 2019; 17:525-527.

6. Saltzman AF, Cost NG. Current Treatment of Pediatric Bladder and Prostate Rhabdomyosarcoma. *Curr Urol Rep.* 2018; 19:11.
7. Konno M, Mitsuzuka K, Yamada S, Yamashita S, Kaiho Y, Ito A, et al. A Case of Adult Metastatic Rhabdomyosarcoma of the Prostate Cured by Long-Term Chemotherapy with Local Radiation. *Urol Int.* 2019; 102:118-121.
8. McKenney JK. Mesenchymal tumors of the prostate. *Mod Pathol.* 2018; 31 (S1):S133-142.
9. Tward JD, Poppe MM, Hitchcock YJ, O'Neil B, Albertson DJ, Shrieve DC. Demographics, stage distribution, and relative roles of surgery and radiotherapy on survival of persons with primary prostate sarcomas. *Cancer Med.* 2018; 7:6030-6039.
10. Herlemann A, Horst D, D'Anastasi M, Kretschmer A, Stief CG, Gratzke C. Das primäre Prostatasarkom – ein seltenes Malignom [Primary prostatic sarcoma – a rare malignancy]. *Urologe A.* 2017; 56:857-860.
11. Kieran K, Shnorhavorian M. Current standards of care in bladder and prostate rhabdomyosarcoma. *Urol Oncol.* 2016; 34:93-102.

AUTOR CORRESPONDENTE ▲

Gustavo Santana de Lima

Cidade Universitária “Zeferino Vaz”,

Campinas, SP, Brasil

CEP 13083-970

E-mail: gsantdelima@gmail.com



RETORNAR
INÍCIO



MENU



IMPRIMIR
PDF



COMPARTILHAR
VIA WHATSAPP



PRÓXIMO
ARTIGO