

Carcinoma de células renais: relato de caso

Renal cell carcinoma: a case report

Gleim Dias de Souza ¹, Luciana Rodrigues Queiroz Souza ², Victor de Sá Fernandes Costa ³,
Fernando Soares Goulart ⁴, Teófilo Alvarenga Netto ⁴, Renato Souto Moreira ⁴, Rodrigo Helou ⁴

Resumo

O carcinoma de células renais é uma doença ameaçadora à vida, pois possui curso de evolução silencioso e prognóstico reservado. Muitos pacientes sintomáticos apresentam ao diagnóstico tumores de grande porte e com elevado grau de diferenciação celular. A evolução da imagiologia diagnóstica aumentou o índice de detecção precoce do carcinoma de células renais. A descoberta de pequenos tumores melhorou o prognóstico, e a avaliação anatômica da região acometida serve de guia para o tratamento adequado. O caso apresentado é de um paciente de 51 anos, com dor abdominal e hematúria intermitente há um ano, investigado na unidade de Radiologia do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), onde foi estabelecido o diagnóstico de carcinoma de células renais.

Palavras chave: Carcinoma de células renais, Hematúria, Radiologia

Abstract

The renal cell carcinoma is a life threatening disease with silent evolution. Many symptomatic patients present bearing large tumors with high degree cellular differentiation. Technical evolution on imaging diagnosis increased the detection rate of early renal cell carcinoma. The discovery of small tumors improved patients' prognostics and the regional anatomical assessment serves as a guide to appropriate treatment. The reported case is of a 51 years old male patient presenting abdominal pain and intermittent hematuria for 1 year, investigated by the Hospital de Bases's Radiology Unit, where he diagnosis of renal cell carcinoma was established.

Key words: Carcinoma, Renal Cell, Hematuria, Radiology.

1. Médico, mestre, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília.

2. Médica, especialista, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal

3. Médico, Hospital de Base do Distrito Federal

4. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: gleimdias@uol.com.br

Recebido em 23/09/2012

Aceito, após revisão, em 19/10/2012

Introdução

O Carcinoma de Células Renais (CCR), também conhecido como adenocarcinoma renal, hipernefoma ou simplesmente câncer renal, é a terceira neoplasia mais comum do trato geniturinário, seguindo os tumores de próstata e bexiga. É também responsável por cerca de 2% dos cânceres em adultos, afetando uma vez e meia mais homens que mulheres. O carcinoma de células claras é o tipo histológico mais frequente, representando 60% dos casos, com pico de incidência entre 50 e 70 anos. Ao diagnóstico, aproximadamente um terço dos pacientes apresentam metástases a distância, sendo os locais mais comuns os pulmões (50%), ossos (33%), pele (11%), fígado (8%) e cérebro (3%).¹

A etiologia do CCR ainda é desconhecida. No entanto há casos de associação familiar que correspondem a 4% dos casos. Dentre as manifestações clínicas do CCR encontramos hematuria (60%), massa abdominal palpável (30% - 40%), dor lombar (40%), emagrecimento, sudorese noturna, febre e síndromes paraneoplásicas (5%), tais como eritrocitose, hipercalcemia, disfunção hepática e amiloidose. Encontramos apenas em 10% dos casos geralmente em estágios mais avançados a clássica tríade composta por massa abdominal palpável, hematuria e dor lombar; nesses estágios geralmente temos um

prognóstico reservado. No entanto, alguns pacientes podem apresentar-se assintomáticos com o diagnóstico estabelecido muitas vezes por exames de imagem rotineiros. Dos exames de imagem destacamos a ultrassonografia e a tomografia computadorizada de abdome, que apresentam sensibilidade diagnóstica de 79 e 94 %, respectivamente.²

Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 51 anos, pardo, autônomo, previamente hígido, com queixa de dor abdominal difusa e inespecífica, sem irradiação e sem fatores de melhora ou piora, e hematuria intermitente há aproximadamente um ano. Apresentou exame físico normal sem massas abdominais palpáveis ou cirurgias prévias. Foram realizados exames de imagem no serviço de radiologia do Hospital de Base do Distrito Federal que apresentavam na ultrassonografia abdominal rim esquerdo com presença de massa em polo renal superior, hipocogênica, de contornos bem definidos. No segmento da avaliação por tomografia computadorizada e ressonância magnética foi confirmada a presença de lesão expansiva em polo superior de rim esquerdo (Figuras 1, 2 e 3). A tomografia computadorizada de abdome realizada na fase pré-contraste revelou lesão expansiva hipodensa em polo renal superior

esquerdo (Figura 1A). Na imagem obtida após a administração de contraste, houve realce periférico da lesão na fase arterial (Figura 1

B) com tendência à homogeneização na fase venosa (Figura 1C).

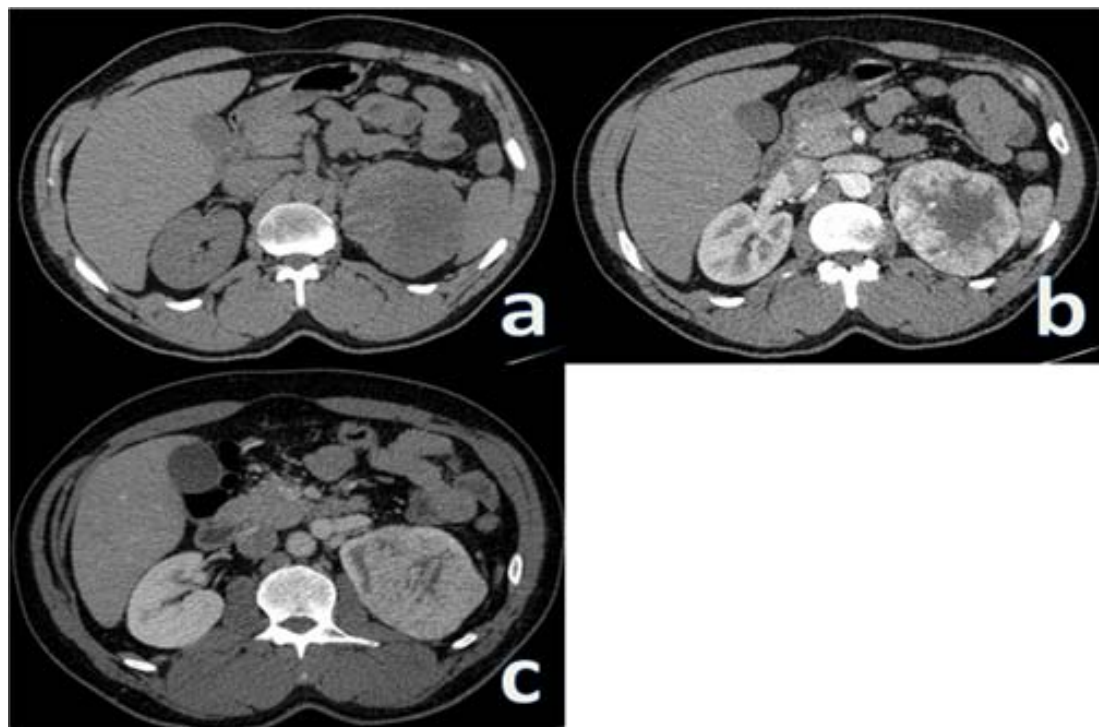


Figura 1 – Tomografia computadorizada do abdome nas fases sem contraste (a), arterial (b) e venosa (c), demonstrando lesão expansiva no pólo superior do rim esquerdo, hipodensa na fase sem contraste (a), com realce periférico na fase arterial e que tende a homogeneização na fase venosa (c).

As imagens obtidas por ressonância magnética em sequência axial ponderada em T1, demonstraram forte impregnação da lesão pelo meio de contraste paramagnético (Figura 2C e D) em comparação com a fase pré-contraste (Figura 2 A e B). Na sequência coronal ponderada em T1 (Figura 3),

evidenciou-se impregnação periférica da lesão no polo superior do rim esquerdo após a administração de contraste paramagnético. Após o diagnóstico, o paciente foi submetido a nefrectomia esquerda para a retirada do tumor.

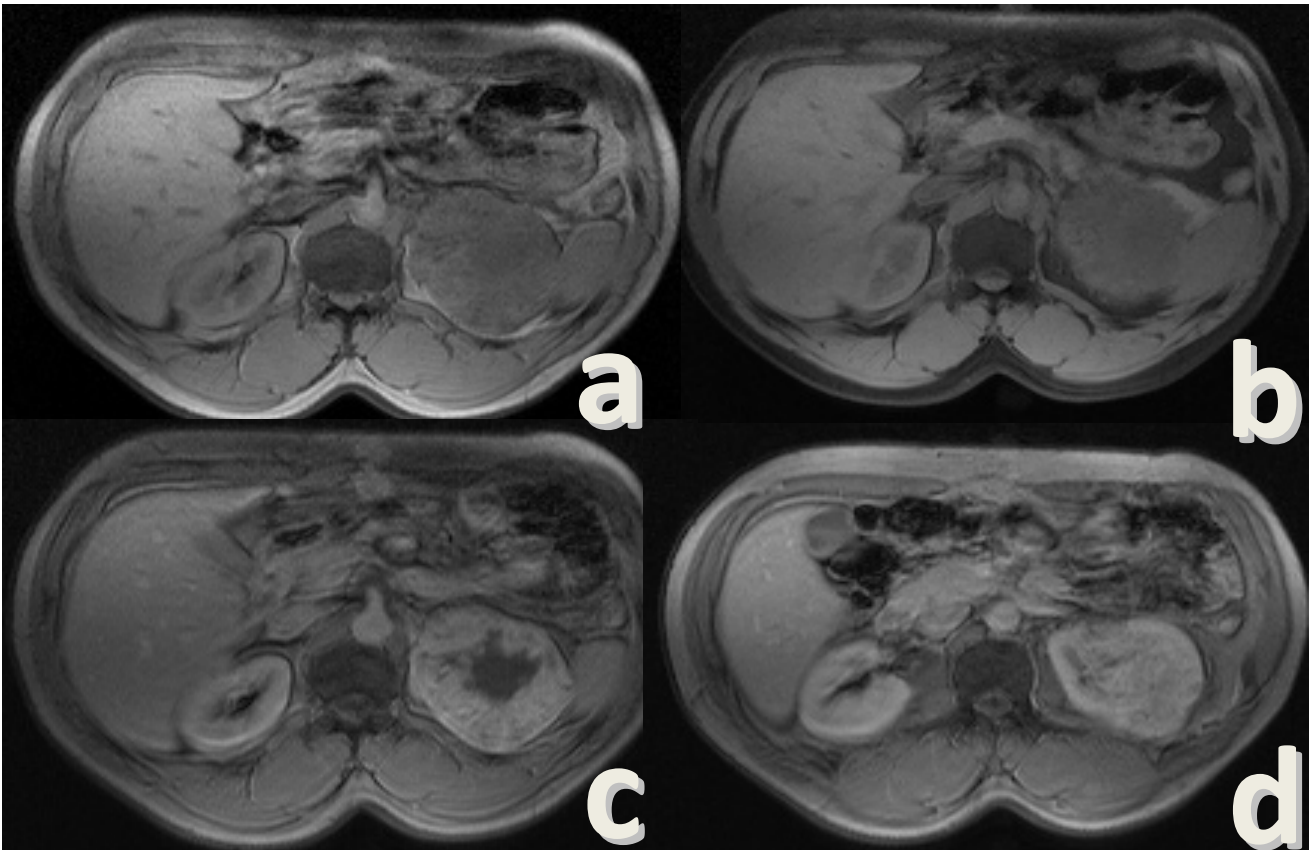


Figura 2 - Sequências ponderadas em T1 pré-contraste endovenoso (a e b) e pós contraste endovenoso (c e d) demonstrando a forte impregnação pelo meio de contraste paramagnético pela lesão expansiva localizada no polo superior do rim esquerdo.

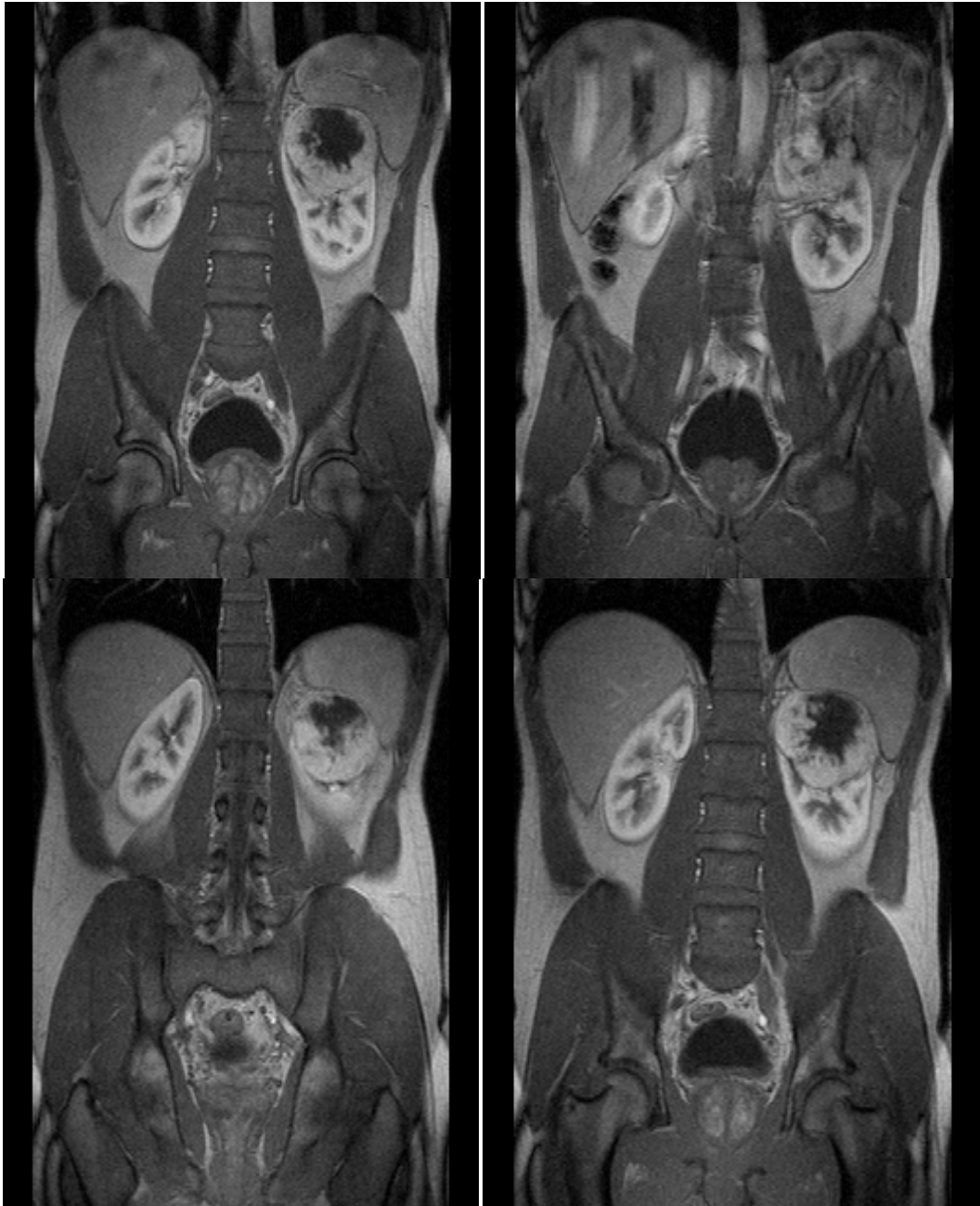


Figura 3 - Sequência coronal ponderada em T1 após a infusão de meio de contraste paramagnético demonstrando impregnação periférica da lesão localizada no polo superior do rim esquerdo

Discussão

O CCR apresenta-se clinicamente como uma tríade clássica composta por dor lombar, massa abdominal palpável e hematuria franca, sendo a hematuria franca o sinal mais comumente relatado ao momento do diagnóstico.²

A evolução das técnicas de diagnóstico por imagem levou a um aumento de 30% dos casos diagnosticados incidentalmente nos últimos 20 anos. Os tumores encontrados incidentalmente são de pequeno volume, pouco diferenciados histologicamente e têm baixo índice de invasão vascular, ao passo que os tumores sintomáticos se apresentam em estádios avançados, volumosos e comprometendo estruturas adjacentes. A importância do diagnóstico precoce reside no fato de que os CCR que são diagnosticados incidentalmente possuem menor probabilidade de serem malignos levando assim a um prognóstico mais favorável ao paciente, aumentando as chances de ressecção cirúrgica curativa e diminuindo as morbidades consequentes a ablação cirúrgica do tumor.³

A extensão da disseminação da doença no momento do diagnóstico determina o prognóstico, sendo que pacientes menores de 60 anos e tumores menores que 4 cm possuem melhor prognóstico de sobrevida global.⁴ Na ausência de metástases a sobrevida em cinco

anos é maior que 50% enquanto no caso de metástases este índice diminui para 10%.⁵ A nefrectomia parcial mostrou-se eficaz como método de cura para tumores no estágio Ta1, com recorrência tumoral em 3% dos casos.⁶

Os estudos concluem que 98% dos pacientes assintomáticos diagnosticados incidentalmente tiveram maior sobrevida global em comparação a 62% dos pacientes sintomáticos.³ Corroborando este achado, foi determinado índice de sobrevida em 5 anos de 85% nos casos detectados incidentalmente e 53% nos casos sintomáticos.³

Ao clínico, o diagnóstico do CCR se apresenta como um desafio, pois ele pode ter diversas apresentações incomuns como, por exemplo, associação de um CCR com linfoma abdominal, adenopatia paraórtica e/ou paracaval ou um tumor cístico multisseptado que ao exame ultrassonográfico se comporta como um cisto renal complexo.⁷ Foi relatada a ocorrência de um CCR em enxerto renal haploidêntico de doador vivo, fato este incomum, mas que possui grande importância clínica, pois deve ser considerada esta possibilidade no seguimento futuro de pacientes transplantados.⁸

As manifestações iniciais do CCR podem exibir sinais e sintomas não relacionados ao sistema urinário, como por exemplo, nódulos cutâneos nas metástases cutâneas, metrorragia nas metástases vaginais e até mesmo assintomáticas no caso de

metástases para cauda do pâncreas.^{1,9,10} O acometimento pancreático possui como características tomográficas massas solitárias e hipercaptantes, comportamento semelhante aos tumores das ilhotas pancreáticas.¹¹

O envolvimento venoso é uma característica do CCR, com formação de trombo tumoral na veia cava inferior e veia renal e/ou invasão da Veia Renal, possibilidade que, se presente, traduz-se em um pior prognóstico ao paciente.¹² O CCR também pode se apresentar de maneira bilateral e multifocal. No caso de tumores localizados no polo superior, pode ocorrer metástase adrenal concomitante ipsilateral. No caso de envolvimento adrenal, a tomografia avalia a extensão do acometimento adrenal com sensibilidade de 100%, instituindo assim a necessidade ou não de intervenção cirúrgica com adrenalectomia.¹³

A propagação tumoral transparenquimatosa intrarrenal pode se manifestar como diminuição da função do rim acometido, fístula arteriovenosa, ou apenas um simples hematoma perirrenal espontâneo.⁷

Os exames de tomografia computadorizada nos oferecem diversas perspectivas sobre o parênquima renal em relação às diferentes fases de captação do contraste. É preconizado que uma série de imagens sem contraste devam ser obtidas nas avaliações iniciais de massas renais, pois

podem oferecer uma base para comparação futura do comportamento da captação tumoral do contraste proporcionando uma boa diferenciação entre os tumores císticos hiperdensos e os tumores sólidos.¹⁴

A maioria dos CCR são tumores sólidos que se comportam como hipercaptantes por possuírem rica angiogênese. Cerca de 30% dos CCR possuem calcificação, e esta manifestação se traduz como sugestiva de malignidade.¹⁴ O tamanho da massa renal pode ser mensurado precisamente pela tomografia computadorizada, mostrando o grau de envolvimento das estruturas adjacentes instituindo assim o estadiamento do tumor.¹⁵ Em relação ao estadiamento, a utilização da tomografia computadorizada 3D juntamente com angiografia por tomografia computadorizada proporciona uma excelente ferramenta para a delimitação das fronteiras tumorais com o parênquima normal adjacente e o delineamento da trama vascular renal, oferecendo um plano para a ressecção do tumor e a possibilidade de preservação das estruturas circundantes não afetadas.¹⁴

Dentre as opções disponíveis para a avaliação de uma massa renal temos a tomografia computadorizada, ultrassonografia e a urografia excretora. A urografia excretora não possui tanta acurácia para a detecção de tumores pequenos ou para tumores infiltrantes, ao passo que a tomografia

computadorizada e a ultrassonografia mostraram-se como ferramentas eficazes para esta tarefa,¹⁶ desempenhando um papel decisivo na detecção precoce de tumores renais e na decisão do planejamento do tratamento.

Conclusão

Por se tratar de uma condição patológica que apresenta sintomas comuns às de outras doenças ou é assintomático, o CCR tem a investigação por exames de imagem como de fundamental importância. Parte-se da premissa de utilizar métodos por imagem sempre do mais simples e acessível para o mais complexo, buscando-se acurácia diagnóstica e melhores resultados para o paciente, como foi o manejo do paciente *in casu*; iniciou a investigação com ultrassonografia como *screening* em seguida a tomografia computadorizada e a ressonância magnética para delimitação dos planos da lesão e estadiamento.

Referências

1. Paula TA, Silva PSL, Berriel LGS. Carcinoma de células renais com metástase cutânea: relato de caso. J Bras Nefrol. 2010; 32(2):213-5.
2. Marques ML, Fuzaro RM. Carcinoma de células renais. Sinopse de Urologia. 2005; ano 9 (2):51-4.
3. Dall'Oglio M, Srougi M, Ortiz V, Nesrallah L, Gonçalves P, Leite K, Hering F. Carcinoma de Células Renais Incidentais e Sintomáticos: Fatores Patológicos e Sobrevida. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(1):27-31.
4. Doménech A, Bustos M, Figueroa A, Hinrichs A, Orvieto M, Zambrano N, Coz F. Carcinoma de Células Renais: Tamaño Tumoral como Fator Prognóstico. Revista Chilena de Urología 2004;69(1):60-4.
5. Ng CS, Wood CG, Silverman PM, Tannir NM, Tamboli P, Sandler CM. Renal Cell Carcinoma: Diagnosis, Staging, and Surveillance. AJR 2008; 191(4):220-32.
6. Zambrano N, Schatloff O, Kerrigan N, Muñuz M, Díaz C, Domenech A, et al. Identificación de Factores Prognósticos en Nefrectomias Parciales por Carcinoma de Células Renales. Revista Chilena de Urología. 2007; 72(2):167-70.
7. Prando A, Prando D, Prando P. Renal Cell Carcinoma: Unusual Imaging Manifestations. RadioGraphics. 2006; 26 (1):233-44.
8. Peres LAB, Bader DAL, Bader SL, Bueno AG, Ferreira JRL. Carcinoma de Células Renais em Rim Transplantado. Relato de Caso. J Bras Nefrol. 2006; 28(1):44-6.
9. Peres LAB, Bader SL, Ferreira JRL, Bueno AG, Maioli RA, Espiga MC, et al. Metástase Tardia Múltipla de Carcinoma

- Renal de Células Claras. Relato de caso. J Bras Nefrol. 2009; 31(1):70-4.
10. Tavares MBAC, Paz AC, Silva ALC, Sousa RB, Rolim JRA, Tavares CBAC, et al. Metástase Vaginal como Manifestação Inicial de Carcinoma de Células Renais. Rev Bras de Cancerol. 2008; 54(1):43-7.
 11. Prando A. Achados da tomografia computadorizada em metástases pancreáticas do carcinoma de células renais. Radiol Bras. 2008; 41(4):225–8.
 12. Pereira S, Martinho D, Mendonça T, Fernandes R, Correia H, Pedro LM, et al. Carcinoma de Células Renais com Envolvimento Venoso. Angiol e Cir Vasc 2011; 7(1):29-34.
 13. Estevo-Lima, Cadilhe J, La Fuente J, Marcelo F, Pimenta A. Indicações para a adrenalectomia no carcinoma de células renais. Acta Urológica Portuguesa 2000; 17(3):69-72.
 14. Sheth S, Scatarige JC, Horton KM, Corl FM, Fishman EK. Current Concepts in the Diagnosis and Management of Renal Cell Carcinoma: Role of Multidetector Computed Tomography and Three-dimensional Computed Tomography. . Radiographics 2001; 21:237-254.
 15. Irusta G, Iturriaga C, Sabando M, Salgado G, Canales O, Kerkebe M, et al. Carcinoma de Células Renales. Correlación Anátomo-Radiológica Según Clasificación Tumoral “T” en la Experiencia Clínica de 10 Meses de Seguimiento. Rev Chile Urol 2010;75(1): 51-8.
 16. Ribeiro SM, Ajzen SA, Trindade JCS. Comparação dos Métodos de Imagem no Diagnóstico dos Tumores Renais e Calcificações nestas Neoplasias. Rev Assoc Med Bras 2004; 50(4):403-12.