

Relato de Caso

Carcinoma de células renais em paciente jovem com manifestações pulmonares iniciais.

Renal cell carcinoma in young patients with initial pulmonary manifestations.

Luís Felipe Cordeiro Rocha¹.

RESUMO

Paciente de 37 anos, masculino, com quadro de tosse seca associado à dispnéia e emagrecimento de 5 kg em 30 dias. Realizada mediastinoscopia e biópsia ganglionar, com resultado histopatológico de neoplasia maligna de células claras.

Descritores: carcinoma de células claras renais, pulmão, adenomegalia hilar.

ABSTRACT

Patient 37 years, male, with a condition of dry cough and dyspnea associated with weight loss of 5 kg in 30 days. Tomography of the chest with a diagnosis of mediastinal lymph node mass. Mediastinoscopy and lymph node biopsy performed with histopathological result of clear-cell malignancy.

Keywords: renal clear cell carcinoma, lung, adenomegaly hilar.

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais (CCR) representa 85% de todas as neoplasias renais primárias, sendo a terceira neoplasia urológica mais frequente. Tem maior prevalência no sexo masculino (3:1), com predomínio entre 50 e 70 anos.¹ A incidência dos carcinomas de células renais aumentou cerca de 50% nos últimos 20 anos.²

As principais manifestações clínicas são hematúria, que pode ocorrer em 50 a 60% dos casos, massa em flanco (30 a 40%) e dor lombar (30 a 40%).³ Estas, quando presentes, indicam doença avançada. Os tumores localizados são rádio e quimiorresistentes, de modo que a cirurgia radical, quando factível, representa a única medida curativa nesses casos. Em tais pacientes, deve-se realizar a nefrectomia radical, com remoção em bloco da gordura perirrenal, suprarrenal e linfonodos regionais. A sobrevida varia entre 91-100%.⁴ Os tumores disseminados são submetidos à nefrectomia associada à imunoterapia adjuvante com interferom, com uma sobrevida média de 17 meses.⁵

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 37 anos, sem história prévia de tabagismo, iniciou quadro de tosse seca associada à dispnéia aos grandes esforços e emagrecimento de 5 kg em um mês de evolução. À admissão, encontrava-se emagrecido, em regular estado geral e com mucosas hipocoradas (2+/4+), além de linfonodomegalia em região inguinal direita, de aspecto reacional. O restante do exame físico apresentava-se dentro dos padrões de normalidade. Os exames laboratoriais demonstraram anemia normocrômica normocítica, VHS = 30, LDH = 3200UI, uréia = 47mg/dL e creatinina = 1,7mg/dL. Elementos anormais e sedimentos urinários (EAS) sem alterações. A radiografia de tórax evidenciava opacidades intersticiais difusas, opacidades lobulares peri-hilares, silhueta cardíaca normal, e seios costofrênicos laterais permeáveis (Figura 1). A tomografia de tórax mostrava traquéia centrada, aumento do ângulo da carina, leve espessamento do interstício peribroncovascular, volumosas massas linfonodais, hilares e mediastinais, que ocupavam especialmente as regiões paratraqueais, au-

1. Médico clínico geral do Centro Universitário Serra dos Órgãos, Teresópolis (UNIFESO).

sência de derrame pleural e aorta anatômica (Figura 2). Impressão diagnóstica: massa linfonodal mediastinal. Realizada mediastinoscopia e biópsia ganglionar. À macroscopia, havia vários fragmentos irregulares de tecido pardo-claro e elástico, medindo 1,6x1,4x0,6cm em conjunto. A microscopia demonstrou neoplasia de células claras, permeando tecido conjuntivo adjacente, com presença de escasso tecido linfóide.

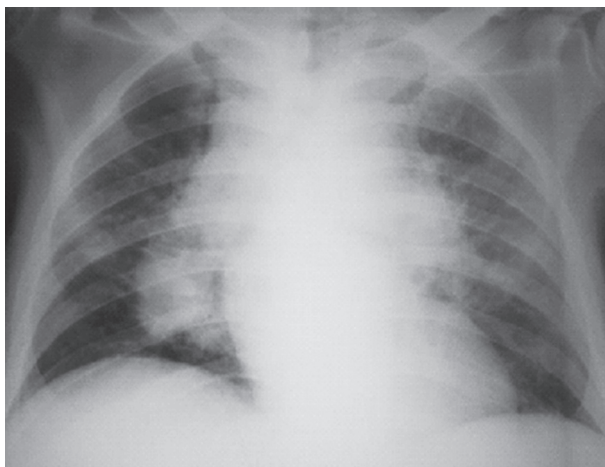


Figura 1 – Radiografia de tórax mostrando opacidade lobular peri-hilar.

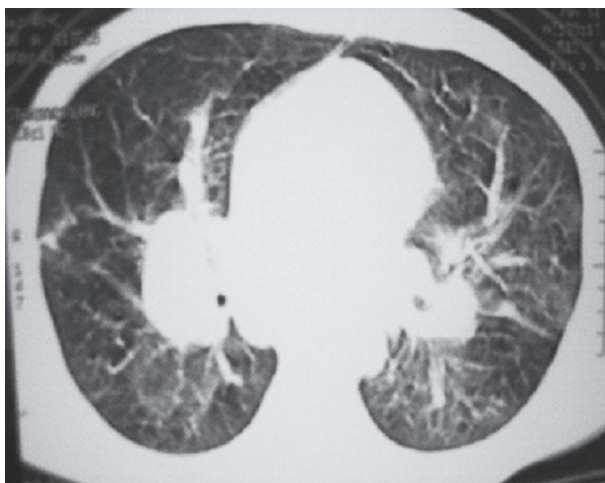


Figura 2 – Tomografia computadorizada de tórax: massas linfonodais mediastinais.

Tomografia de abdome superior: fígado aumentado de volume, lesões nodulares hipodensas em ambos os lobos, sem dilatação das vias biliares intra-hepáticas, baço de volume e densidade habituais, pâncreas sem alterações e rim direito de topografia e volume habitual. Além disso, observou-se lesão expansiva de conteúdo heterogêneo, que ocupava o rim esquerdo e não apresentava plano de clivagem com as alças intestinais, ureteres pérvios, aorta e veia cava inferior sem anormalidades, alças intestinais com distribuição anatômica e massa linfonodal ocupando toda a cadeia retro-peritoneal (Figura 3). Impressão diagnóstica: lesões nodulares no fígado, lesão expansiva renal esquerda, massa linfonodal retroperitoneal. Tomografia de pelve sem alterações. Durante a internação o paciente foi ao óbito.

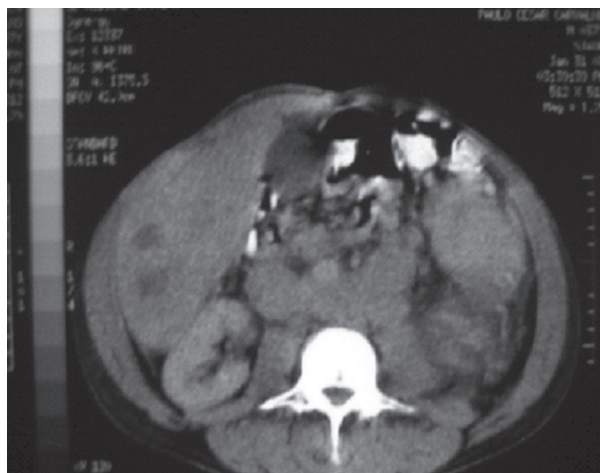


Figura 3 – Tomografia de abdome: lesão expansiva renal esquerda, metástases hepáticas e massa linfonodal retroperitoneal.

DISCUSSÃO

Cerca de 85% dos tumores renais são representados pelos adenocarcinomas. Eles correspondem a 2 a 3% de todos os tumores humanos, predominam no sexo masculino (3:1) e incidem, preferivelmente, em indivíduos de 50 a 70 anos.¹ Aproximadamente 20% dos pacientes com CCR apresentam-se, inicialmente, com metástases à distância, sendo esse evento extremamente raro nos tumores com < 5 cm de diâmetro. Quando presentes, essas metástases envolvem principalmente pulmão, linfonodos retro-peritoneais, fígado e ossos. O estadiamento da doença é realizado através da classificação TMN.

As principais manifestações clínicas incluem:

- 1) hematúria (50 a 60%);
 - 2) massa em flanco (30 a 40%);
 - 3) dor lombar (30 a 40%).³
- No caso relatado, o indivíduo era jovem (37 anos) e, portanto, fora da faixa etária esperada, não possuía história familiar positiva para neoplasia renal e nem passado de tabagismo ou exposição a agentes químicos e irradiação. Teve como apresentação inicial sintomas decorrentes das metástases linfonodais pulmonares, como tosse seca e importante dispnéia, associados à perda ponderal significativa, simulando quadro compatível com linfoma e tuberculose, sem qualquer sintoma inicial decorrente do crescimento local da neoplasia renal. Um paciente jovem, que abre o quadro de neoplasia renal com sintomatologia inicial decorrente apenas das metástases mediastinais, apesar da doença avançada, é uma situação rara e atípica. Outro significativo dado deste caso é que, em momento algum, durante a internação, houve alterações nos exames de sedimento urinário, do ritmo intestinal, ou sintomatologia local como dor lombar e massa palpável em flanco, já que o paciente possuía lesão expansiva de rim esquerdo sem plano de clivagem com as alças intestinais e massa linfonodal retroperitoneal. Neste caso, o tratamento indicado é nefrectomia associada a imunoterapia adjuvante com interferom, com uma sobrevida média de 17 meses.⁵

REFERÊNCIAS

1. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1999. CA Cancer J Clin 1999; 49:8-31.
2. Chow WH, Devesa SS, WARREN jl, Fraumeni JF Jr. Rising incidence of renal cell cancer in the United States. JAMA 1999; 281:1628-31.
3. Vogelzang NJ, Scardino PT, Shipley WU, Coffey DS, eds. Comprehensive Textbook of Genitourinary. Oncology. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
4. Saika T, Ono Y, Hattori R. Long-term outcome of laparoscopic radical nephrectomy for pathologic. T1 renal cell carcinoma. Urology 2003; 62:1018-23.
5. Zisman A, Pantuck AJ, Dorey F. Mathematical model to predict individual survival for patients with renal cell carcinoma. J Clin Oncol 2002; 20:1368-74.