

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS EM RIM TRANSPLANTADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

André Carminati LIMA¹, Christian Evangelista GARCIA¹, Jean Cristovão Pereira GUTERRES¹, Luciane Mônica DEBONI, Ana Lavratti BORGA¹, Juliana Carpilovsky REVOREDO¹, Mariana Geraldi RODRIGUES¹, Mariana Simonato LORENZINI¹



¹Hospital Municipal São José / Fundação Pró-Rim, Joinville, SC, Brasil

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células corresponde de 2-3% de todos os tumores sendo o tipo mais comum das neoplasias renais¹⁻². No Brasil possui incidência de 7-10 casos por 100.000 habitantes³. Em um seguimento de 10 anos de pacientes transplantados renais, houve uma incidência de neoplasias malignas de até 72% maior que na população em geral, sendo 4,6% de localização renal - 90% no rim primitivo e 10% no enxerto⁴⁻⁵. Apesar do aumento dos diagnósticos, este diagnóstico é extremamente raro, envolvendo 1 em cada 3.125 pacientes, principalmente quando acometem o órgão transplantado⁴.

RELATO DE CASO

Paciente L.A.S, feminino, branca, 43 anos, com diagnóstico de doença renal crônica por glomerulonefrite, em terapia renal substitutiva realizando hemodiálise há 1 ano na época do transplante. Foi submetida a transplante renal com doador vivo relacionado, sua mãe de 60 anos, em fevereiro de 2009. Ambas com tipo sanguíneo O, sistema antígeno leucocitário (HLA) hapla idêntico e painel de reatividade a anticorpos negativo. Exames de imagem abdominal de avaliação do doador no pré-operatório não demonstraram alterações.

Doadora submetida à nefrectomia esquerda convencional, tendo o enxerto anatomia habitual e com diminuto cisto simples no parênquima em polo superior. Realizado transplante renal sem intercorrências, tendo recebido alta hospitalar no 17º dia de pós-operatório.

Nos períodos de seguimento ambulatorial entre 2016 e 2017 necessitou de múltiplas internações hospitalares por infecção do trato urinário.

Em 2018, apresentou em ultrassom (US) de abdome, imagem nodular isoecóica com conteúdo cístico de permeio medindo 2,9 x 2,5 x 2,5 cm, complementada com tomografia que confirmou uma lesão nodular sólida em polo inferior. Submetida então a biópsia percutânea guiada por US, na qual identificou-se fibrose intersticial, atrofia tubular e presença de carcinoma de células claras renais.

Diante disso, optou-se pela nefrectomia parcial do enxerto. Submetida a ressecção do polo inferior em área de abaulamento e passagem de cateter duplo J devido abertura de cálice renal inferior com sutura primária. A análise histopatológica do fragmento ressecado, medindo 5 x 4 cm, mostrou apenas pielonefrite crônica e espessamento fibroso da cápsula de Gerota.

Realizou-se então nova abordagem cirurgia, desta vez com uso de US intraoperatório para identificação e posterior secção da lesão. Recebeu alta no 15º dia de pós-operatório sem outras intercorrências. Análise anatomopatológica

mostrou nódulo de 3,9 cm de diâmetro com carcinoma de células claras renais, unifocal, com margens cirúrgicas livres (produto de nefrectomia parcial com 6,3 x 5 x 4 cm com tumor limitado ao rim, sem invasão angiolímfática, determinando um estadiamento pT1aNx).

A paciente segue atualmente em acompanhamento ambulatorial, com boa evolução desde então e mantém boa função do enxerto.

DISCUSSÃO

O desenvolvimento de tumores malignos em pacientes transplantados é alto e significativo em seguimento a longo prazo⁴, sendo a incidência 3-5 vezes maior do que na população em geral, e ocorrem em idades mais precoces⁷.

Dados coletados pelo *Cincinnati Transplant Tumor Registry* (CTTR), uma base de dados retrospectiva, indicam que o CCR é a neoplasia maligna mais comum após desordens da pele. A incidência aumenta conforme o tempo de sobrevida pós transplante, sendo o período médio de diagnóstico de 63-85 meses⁴⁻⁷.

Uma interação de fatores de risco levam ao estímulo antigênico crônico de um sistema imune deprimido e com perda dos sistemas de regulação⁷⁻⁸. Ainda, a doença de base pré existente, como rins multicísticos e necessidade de diálise, tem maior incidência de tumores pós transplante, podendo ocorrer em até 90%⁸.

O diagnóstico é crescente e possui relação direta com o tempo de espera em lista pré transplante, muitas vezes associado a neoplasias malignas ocultas e presença de micrometástases. A investigação com exames de imagem deve ser complementada com biópsia e histopatologia⁵. Medidas preventivas como, manter níveis de imunossupressores minimamente necessários parecem ter um efeito positivo na profilaxia de muitas destas lesões.

O tratamento pode envolver nefrectomia radical, com retorno do paciente para terapia renal substitutiva ou tratamentos conservadores, como a nefrectomia parcial ou terapias ablativas⁵.

REFERÊNCIAS

1. Reis M, Guimarães M. Carcinoma de células renais – Noções básicas. Acta Med Port. 1999; 12: 81-85.
2. Ljungberg B, Albiges L, Bensalah K, Bex A, Gijles R H, et al. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Barcelona 2019. ISBN 978-94-92671-04-2.
3. Saude.gov.br/sas. Protocolo de diretrizes diagnósticas e terapêuticas – Carcinoma de células renais carcinoma de células renais ministério da saúde. Portaria nº 1.440, dezembro de 2014 [consultado 2020 Jan 4]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/23/MINUTA-PT-SAS-DDT-rim-15-12-2014.pdf>.
4. Paula F J, Ianhez L E. Tumores malignos no pós-transplante renais. J. Bras. Nefrol. 1999; 21 (4):161-66.
5. Chambade D, Meria P, Tariel E, Vérine J, Kerviler E, Peraldi M N, et al. Nephron Sparing Surgery is a Feasible and Efficient Treatment of T1a Renal Cell Carcinoma in Kidney Transplant: A Prospective Series From a Single Center. J Urol. 2008;180(5): 2106-2109.
6. Simforoosh N, Nadjafi-Semnani M. Long-Term Outcome of Zero-Ischemia Partial Nephrectomy for the Treatment of Multifocal Renal Cell Carcinoma in Renal Transplant Allograft: A Case Report. Exp Clin Transplant. 2019; 1:145-147.
7. Pennit I. Cancers in Renal Transplant Recipients. Advances in Renal Replacement Therapy, Vol 7, No 2 (April), 2000: pp 147-156
8. Zeier M, Hartschuh W, Wiesel M, Lehnert T, Ritz E. Malignancy After Renal Transplantation. American Journal of Kidney Diseases, Vol 39, No 1 (January), 2002: E5