

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA RECIDIVA LOCAL DO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAI PÓS-NEFRECTOMIA RADICAL

RELATO DE CASO

Surgical treatment of locally recurrent renal cell carcinoma after radical nephrectomy: case report

CLAUDIO C. SANTOS¹ CLAUDINEI SILVA² FRANCISCO P. FONSECA³
STÊNIO DE CÁSSIO ZEQUI³ ADEMAR LOPES⁴

Os autores descrevem um caso com recidivas locais de carcinoma de células renais diagnosticadas 38 e 89 meses após nefrectomia radical esquerda. Essa paciente foi submetida a duas ressecções de recidivas localizadas em loja renal esquerda. O estudo anatomopatológico revelou carcinoma de células renais, ambas com margens livres de neoplasia. Discute-se a sintomatologia, os exames no seguimento, os fatores prognósticos e o tratamento. Os autores salientam a necessidade de se fazer um diagnóstico precoce e que uma abordagem cirúrgica agressiva das recidivas locais de carcinoma de células renais pode produzir um longo intervalo livre de doença, quando comparada às outras modalidades terapêuticas.

Unitermos: Tratamento cirúrgico. Recidiva local. Carcinoma de células renais.

Keywords: Surgical treatment. Local recurrence. Renal cell carcinoma.

1 - Estagiário do Serviço de Cirurgia Pélvica do Hospital A. C. Camargo - FAP.

2 - Médico Residente do Hospital A. C. Camargo - FAP.

3 - Médicos Titulares do Serviço de Urologia do Depto de Cirurgia Pélvica do Hospital A. C. Camargo - FAP.

4 - Diretor do Depto de Cirurgia Pélvica do Hospital A. C. Camargo - FAP.

Introdução

A recidiva local do carcinoma de células renais (CCR) representa uma das variantes de doença avançada (9). Ela pode resultar de ressecção incompleta do tumor ou da persistência de linfonodos comprometidos, e geralmente está associada a um pior prognóstico (5). Além disso, essas recidivas freqüentemente só produzem sintomas quando o tumor invade estruturas adjacentes sendo, muitas vezes, irresssecável (9). Deste modo, a tomografia computadorizada tem sido o método diagnóstico mais eficaz de rastreamento de recidivas locais do CCR (3, 8). Desde que a radioterapia e a quimioterapia provaram não ter um papel eficaz no tratamento isolado de recidivas locais do CCR, a cirurgia permanece como o principal tratamento efetivo neste tipo de tumor. Entretanto, foi relatado que pacientes selecionados, com recidiva local ou persistência do tumor pós-nefrectomia radical, podem se beneficiar com uma abordagem locoregional agressiva utilizando radioterapia associada a ressecção tumoral com-

Endereço para correspondência: Dr. Ademar Lopes - Depto de Cirurgia Pélvica, Hospital A. C. Camargo - R. Antonio Prudente, 211 - CEP 01509-010 - São Paulo - SP.

pleta ou cirurgia citorrredutora (1). Recentemente *Tanguay* e cols. relataram que 50% das pacientes podem se beneficiar com uso de imunoterapia neo-adjuvante (2). No entanto, somente uma abordagem cirúrgica agressiva parece ser capaz de produzir um longo intervalo livre de doença quando comparada às outras modalidades terapêuticas (9). Os autores apresentam um caso com recidivas locais de CCR esquerdo, 38 e 89 meses após nefrectomia radical, tratada com cirurgia.

Relato de caso

Paciente de 66 anos, branca, casada, admitida no Serviço de Urologia do Depto de Cirurgia Pélvica do Hospital A. C. Camargo - Fundação Antonio Prudente em 31/03/92. A paciente havia sido submetida a uma nefrectomia radical esquerda em outro hospital há 3 anos e 2 meses (01/89) por carcinoma de células renais. Cerca de um mês antes da admissão, a ultra-sonografia abdominal mostrou tumor em loja renal esquerda, levando-a a procurar nosso serviço. A paciente referia perda de peso de 11 kg em 3 meses, sem outras queixas. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, corada, hidratada, afebril e com PA = 170 X 90 mmHg. Apresentava nódulo palpável em topografia de tireóide e cicatriz abdominal paramediana supra-umbilical, sem outras alterações. A tomografia computadorizada (TC) de abdome evidenciou lesão heterogênea em retroperitônio, junto à porção anterior do psoas, deslocando a aorta. Em 22/06/92, a paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora que evidenciou massa tumoral em loja renal esquerda, medindo cerca de 8,0 x 6,0 cm, fixa à coluna vertebral e nódulo em hilo renal direito, tendo sido realizada biópsia dos mesmos. A análise histopatológica mostrou tratar-se de recidiva de CCR e linfadenite crônica. O tumor foi considerado irresssecável e a paciente acompanhada semestralmente. Em 03/04/95,

retornou ao nosso serviço, tendo feito nova TC abdominal que evidenciou massa arredondada em loja renal esquerda, medindo cerca de 10,0 x 7,0 cm, paraaórtica, ao nível dos vasos mesentéricos. Como o tumor demonstrou ter crescimento lento e não havia evidência de metástase à distância, foi decidido tentar a ressecção cirúrgica do mesmo. Em 19/04/95 a paciente foi submetida a uma laparotomia exploradora em que foi ressecado um tumor paraaórtico à esquerda, com 8,5 x 4,0 cm de diâmetro e feita ligadura dos vasos mesentéricos inferiores. O anatomopatológico demonstrou tratar-se de metástase de CCR, com margens cirúrgicas livres de neoplasia. A paciente recebeu alta hospitalar sem complicações. Retornou em 19/05/96 com queixa de dor lombar à esquerda há dois meses. A TC de abdome evidenciou massa heterogênea, de contornos regulares, localizada em região paraaórtica esquerda, medindo 5,0 x 5,0 x 4,0 cm e mantendo contato com a aorta, psoas e alças intestinais (figura 1). Em 08/07/96 a paciente foi submetida a uma nova laparotomia exploradora que evidenciou tumor medindo cerca de 5,0 x 5,0 cm, endurecido, pouco móvel, com plano de clivagem, localizado em loja renal esquerda, paraaórtico, na saída dos vasos renais (previamente ligados), paravertebral e tendo seu terço superior parcialmente recoberto pelo corpo e cauda do pâncreas (figura 2). Foi realizada ressecção do tumor e o exame histopatológico mostrou carcinoma de células renais, com margens livres de neoplasia.

Discussão

A incidência de recorrência local do CCR após nefrectomia radical é bastante variável nas várias séries da literatura. É considerada um evento raro nos estádios iniciais, mas incidências de 37% são descritas. Em autópsia, a recorrência local em pacientes que morreram de doença disseminada

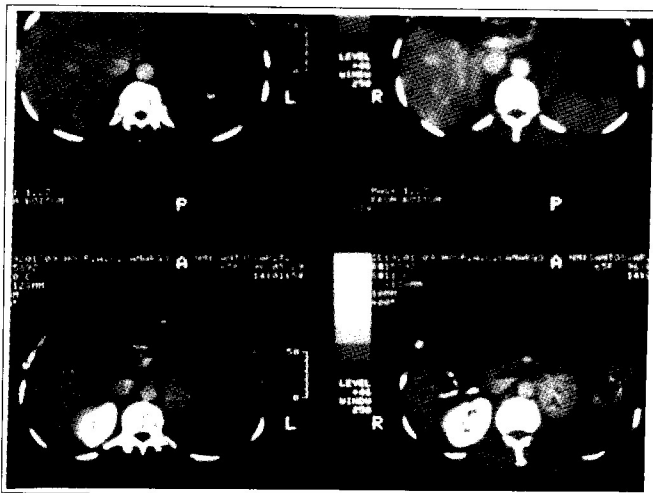


Figura 1 - Tomografia abdominal.



Figura 2 - Peça operatória.

foi de 41%. *Rafla* e cols. em 1970, descreveram 13% a incidência pós-nefrectomia radical (31 de 244 pacientes) e *Finney*, em 1973, descreveu incidência similar, de 14% (7, 8, 9). Nos estádios iniciais são descritas recorrências locais de 1% a 2% (10).

A recidiva local do CCR pode originar-se de partes moles da loja renal, de linfonodos metastáticos locorregionais não ressecados inicialmente ou do envolvimento da glândula supra-renal ipsilateral remanescente. Em 1994, *Sagalowsky* e cols. relataram que o prognóstico de pacientes com metástase supra-renal é bem pior do que em outros casos de recidiva local (11). Recentemente, *Tanguay* e cols. demonstraram retrospectivamente em 16 pacientes que parece haver um melhor prognóstico quando a recidiva local origina-se de partes moles da loja renal e não envolve a glândula supra-renal ipsilateral remanescente (4). No caso apresentado, as duas recidivas ocorreram em partes moles da loja renal, sem envolvimento da supra-renal.

A apresentação clínica dos pacientes com recidiva local do CCR é freqüentemente pobre, e os pacientes geralmente não apresentam sintomas até o tumor invadir estruturas adjacentes. Dentre os sintomas mais comuns, incluem-se fadiga, perda de peso, dor abdominal e lombar (2). A paciente apresentou-se com uma perda de peso importante à primeira recidiva (11 kg em 3 meses), e dor lombar 2 meses antes do diagnóstico da segunda recidiva.

Antes do uso da TC de rotina, os exames mais precisos utilizados no diagnóstico de recidiva de CCR eram a angiografia e o ultra-som, associados ao exame físico (2). Entretanto, a TC tem assumido um importante papel no diagnóstico precoce de recidivas locais ou em outros sítios abdominais (5, 6 e 12). Neste paciente, a TC foi fundamental no diagnóstico das duas recidivas, embora associada a ultrasonografia na primeira recidiva.

Devido à sua raridade, não há um tratamento padronizado para a recidiva local do CCR (4); de *Kernion* e cols. relataram que 86% dos pacientes com recidiva local do CCR faleciam após um ano quando comparados a uma sobrevida de 40% em pacientes com metástase à distância e sem recidiva local, evidenciando mau prognóstico dos primeiros (1). A quimioterapia e a hormonioterapia provaram não ter efeito na terapêutica isolada deste tipo de recidiva (13, 14). Em 1994, *Frydemberg* e cols. sugeriram que alguns pacientes podem se beneficiar com o uso da radioterapia (pré e intra-operatória) associada a uma abordagem cirúrgica agressiva (3). Por outro lado, recentemente foi demonstrado o benefício potencial de imunoterapia associada a ressecção tumoral completa (4). Apesar do surgimento de novas modalidades terapêuticas, a cirurgia continua sendo a única capaz de proporcionar um longo intervalo livre de doença para a recidiva local do CCR.

Este caso ilustra a escassez de sintomas para a recidiva local do CCR, que só foi diagnosticado através do seguimento com TC. O tumor parecia ter prognóstico favorável devido às seguintes observações: a primeira recidiva ocorreu em um intervalo relativamente longo após a nefrectomia; as recidivas ocorreram em loja renal exclusivamente, não envolvendo linfonodos regionais, nem a glândula supra-renal e a primeira recidiva apresentou um crescimento lento, mesmo após uma laparotomia exploradora em que o tumor foi apenas biopsiado, sendo passível de ressecções nas cirurgias seguintes. Além disso, deve-se sempre tentar a ressecção completa ou da maior parte do tumor em recidivas locais do CCR, pois esta modalidade terapêutica ainda é a única capaz de proporcionar um longo intervalo livre de doença. Neste caso, a cirurgia parece ter exercido um importante papel no aumento e na melhoria da qualidade de vida desta paciente.

Summary

The authors describe a case of recurrence renal cell carcinoma 38 and 39 months after radical nephrectomy. This patient was undergone the two surgical resections of left renal fossa recurrent tumors. Histopathology revealed metastatic renal cell carcinoma in both resections. It is discussed clinical aspects, diagnostic exams, prognostic factors and treatment. The authors point out to the importance of early diagnostic and the necessity of an aggressive surgical approach to recurrent renal cell carcinoma within the renal fossa, which can produce long-term disease-free survival when compared to the results reported for other therapeutics modalities.

Referências bibliográficas

- 1 - BERNARDINO, M. E. et al. - *Computed tomography in the evaluation of post-nephrectomy patients*. Radiology, 130:183-5, 1979.
- 2 - CAMPBELL, S. C. & NOVICK, A. C. - *Management of local recurrence following radical nephrectomy or partial nephrectomy*. Urol Clin North Am., 21:593-9, 1994.
- 3 - deKERNION, J. B.; RAMMING, K. P.; PAND, R. B. - *The natural history of metastatic renal cell carcinoma: a computer analysis*. J

- Urol., 120:148-52, 1978.
- 4 - ESRIK, D. et al. - *Experience with fossa recurrence of renal cell carcinoma*. J Urol., 147:1491-4, 1992.
- 5 - FINNEY, R. - *An evaluation of postoperative radiotherapy in hypernefoma treatment: a clinical trial*. Cancer, 32:1332-5, 1973.
- 6 - FRYDENBER, M. et al. - *Preoperative external beam radiotherapy followed by cytoreductive surgery and intraoperative radiotherapy for locally advanced primary or recurrent renal malignancies*. J Urol., 152:15-21, 1994.
- 7 - KHOURY, A. & SAUL, A. - *Metastatic renal adenocarcinoma*. In: Russ,

- R. et al. - ed. Renal tumors. New York, Alan R. Liss, 1982. p. 317-36. (Proceedings of the First International Symposium on Kidney Tumors, New York, 1982).
- 8 - NOVICK, A. C. et al. - *Conservative surgery for renal cell carcinoma: a single-center experience with 100 patients.* J Urol., 141:835-8, 1989.
- 9 - PARIENTY, R. Q. et al. - *Local recurrence after nephrectomy for primary renal cell carcinoma cancer: computerized tomography recognition.* J Urol., 132:26-9, 1986.
- 10 - RAFLA, S. - *Renal cell carcinoma: natural history and results of treatment.* Cancer, 25:26-9, 1970.
- 11 - SAGALOWSKY, A. I. et al. - *Factors influencing adrenal metastasis in renal cell carcinoma.* J Urol., 151:1181-3, 1994.
- 12 - SEASE, W. C.; BELLIS, J. A. - *Computerized tomography in the early postoperative management of renal cell carcinoma.* J Urol., 136:792-5, 1996.
- 13 - TANGUAY, S. et al. - *Therapy of locally recurrent renal cell carcinoma after nephrectomy.* J Urol., 155:26-30, 1996.
- 14 - YAGODA, A. - *Chemotherapy of renal cell carcinoma: 1983-1989.* Sem Urol., 7:199-21, 1989.