



CASO CLÍNICO

Abordagem cirúrgica multidisciplinar como melhor opção terapêutica no carcinoma de células renais com envolvimento vascular



José Tiago^{a,*}, Luís Mendes Pedro^a, João Varela^b, Ângelo Nobre^c, Tiago Oliveira^b, Sérgio Pereira^b, Javier Gallego^c, Ilda Viana^d, Tomé Lopes^b e José Fernandes e Fernandes^a

^a *Clínica Universitária de Cirurgia Vascular, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal*

^b *Serviço de Urologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal*

^c *Serviço de Cirurgia Cardiorácica, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal*

^d *Serviço de Anestesiologia, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Lisboa Norte, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal*

Recebido a 15 de julho de 2014; aceite a 1 de outubro de 2014

Disponível na Internet a 15 de janeiro de 2015

PALAVRAS-CHAVE

Carcinoma de células renais;
Invasão da veia cava inferior;
Trombectomia

Resumo O carcinoma de células renais representa 90-95% de todos os tumores renais. O seu diagnóstico nem sempre é precoce uma vez que a tríade clássica, composta por dor no flanco, hematuria e massa palpável, apenas se encontra presente em menos de 10% dos casos. Este tipo de tumor apresenta tropismo para a invasão vascular, sendo esta considerada fator de mau prognóstico. Quando existe invasão vascular, a nefrectomia radical, conjuntamente com a trombectomia tumoral do sistema venoso, é a terapêutica de eleição na ausência de invasão ganglionar ou metástases. A abordagem cirúrgica é tecnicamente exigente, representando, contudo, um ponto de viragem na terapêutica que pode influenciar positivamente o prognóstico. Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 57 anos, submetido a terapêutica cirúrgica multidisciplinar por carcinoma de células renais com envolvimento venoso.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos os direitos reservados.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: josetiagus@gmail.com (J. Tiago).

KEYWORDS

Tumoralrenal cell carcinoma;
Inferior vena cava invasion;
Tumor thrombectomy

Multidisciplinary surgical approach as best treatment option in renal cell carcinoma with vascular involvement

Abstract Renal cell carcinoma represents 90 to 95% of all renal tumors, the diagnosis is not always early as the classical triad of flank pain, hematuria and palpable mass is present only in less than 10% of cases. This type of tumor has a tropism for vascular invasion, which is considered a bad prognostic factor. When there is vascular invasion, radical nephrectomy with venous system tumor thrombectomy is the treatment of choice in the absence of lymph node invasion or metastases. The surgical approach is technically demanding, yet represents a turning point in the therapy, which can positively influence the prognosis. The authors present a clinical report of a 57 years-old patient who underwent multidisciplinary surgical approach for renal cell carcinoma with venous involvement.

© 2014 Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascul. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introdução

O carcinoma de células renais (CCR) representa 2-3% de todos os tumores sólidos e é o terceiro tipo de tumor mais comum do sistema urinário representando 90-95% de todos os tumores renais¹. Tem uma incidência estimada de 6-12 casos por cada 100.000 habitantes nos países ocidentais, sendo mais frequente nos homens do que nas mulheres (ratio 1,5:1); o seu pico de incidência ocorre entre os 60 e os 70 anos^{2,3}. São fatores etiológicos o tabagismo, a obesidade e a hipertensão. Ter um familiar em primeiro grau com CCR também está associado a um risco aumentado⁴.

O CCR pode permanecer clinicamente oculto até um estágio avançado, uma vez que apenas 10% dos doentes apresentam a tríade clássica composta por dor no flanco, hematúria e massa palpável^{3,5}.

O tamanho do tumor, a invasão da gordura perirrenal, a invasão ganglionar e as metástases à distância são fatores de prognóstico importantes e independentes no CCR. A invasão da veia cava inferior (VCI) a qualquer nível diminui significativamente e de forma independente o prognóstico de sobrevivência dos doentes com CCR⁸. A cirurgia agressiva, constituída pela nefrectomia radical e trombectomia cirúrgica do trombo tumoral, parece ser a única forma de alterar o prognóstico clínico na ausência de metástases ou invasão ganglionar.

Caso clínico

Os autores apresentam o caso de um doente de 57 anos, sexo masculino, sem patologia conhecida, com antecedentes de tuberculose pulmonar na adolescência, assintomático até 6 meses antes do internamento, quando inicia queixas de cansaço e perda ponderal significativa (mais de 10% do peso corporal). Duas semanas antes do internamento refere o aparecimento súbito de dor lombar esquerda acompanhada de hematúria macroscópica, pelo que recorre ao serviço de urgência do hospital da área de residência.

À observação apresentava-se emagrecido, com massa abdominal palpável nos quadrantes esquerdos, indolor, de consistência dura, limites mal definidos, contornos

irregulares e bosselados, aderente aos planos profundos e com cerca de 20 cm de maior diâmetro.

Para esclarecimento da clínica e por suspeita de massa tumoral realizou inicialmente ecografia abdominal e posteriormente TC toraco-abdominal e pélvica que revelou a presença de volumosa massa renal esquerda (fig. 1), com trombo tumoral preenchendo a veia renal esquerda e a VCI até à aurícula, sem preenchimento da mesma (fig. 2), visualizável por ecografia transesofágica. O doente foi transferido para a nossa instituição e preparado para abordagem cirúrgica multidisciplinar envolvendo as equipas de urologia, cirurgia vascular, cirurgia cardiotorácica e anestesiologia.

Em contexto eletivo foi submetido a nefrectomia radical esquerda/tumorectomia, efetuada por laparotomia de chevron. Durante a nefrectomia e por necessidade de margens cirúrgicas alargadas ocorreu lesão iatrogénica da aorta infrarrenal, com necessidade de reparação da mesma com interposição de prótese de Dacron de 18 mm em posição aorto-aórtica (fig. 3). Após a nefrectomia procedeu-se ao rebatimento do colon direito e por abordagem de Kocher isolou-se a VCI e a confluência das 2 veias renais, seguiu-se o tempo cardíaco com a esternotomia, seguida de canulação da veia cava superior e aorta ascendente, entrada em circulação extracorporeal e exérese do trombo tumoral por venotomia da VCI e atriotomia direita. Terminada a trombectomia procedeu-se ao encerramento da venotomia (fig. 4) e atriotomia, assim como revisão da hemóstase, saída de circulação extracorporeal e, por fim, encerramento das feridas cirúrgicas (fig. 5).

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, o exame anatomopatológico da peça cirúrgica (fig. 6) confirmou tratar-se de um tumor de células renais variante células claras grau III (Fuhrman), constatando-se ainda invasão do tecido adiposo perirrenal. O trombo retirado da VCI foi compatível como massa tumoral de CCR (fig. 7).

O doente foi transferido para o hospital da área de residência ao 13.º dia do pós-operatório clinicamente recuperado.

Discussão

A referência mais antiga sugestiva de descrição de um tumor do rim foi feita por Daniel Sennert, em 1613, no

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2868304>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2868304>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)