

# Lesões Neoplásicas Renais - Detecção, Predição Histológica e Estadiamento

## Escores Adicionais

| <b>(MC)2 Risk Scoring System<sup>1</sup></b> |   |
|--|---|
| Maximal tumor diameter                       | 2,5 pontos (diâmetro máximo ≤ 2,5 cm) ou<br>0,1 pontos (para cada mm de diâmetro máximo > 2,5 cm) |
| Myocardial infarction history                | 2,5 pontos  |
| Central tumor location                       | 1,5 pontos (definido pelo contato com o seio renal)   |
| Complicated diabetes                         | 3,0 pontos  |
| Categorias de Risco                          | < 5 pontos = baixo risco<br>≥ 5 e ≤ 8 pontos = moderado risco<br>> 8 pontos = alto risco          |
| <b>PADUA Nephrometry Score<sup>2</sup></b>   |   |
| Localização longitudinal (polar)             | 1 ponto (superior/inferior) ou<br>2 pontos (linha média)  |
| Exofítico ou endofítico                      | 1 ponto (< 50% exofítico)<br>2 pontos (≥ 50% exofítico)<br>3 pontos (totalmente endofítico)       |
| Margem renal                                 | 1 ponto (lateral)<br>2 pontos (medial)  |
| Seio renal                                   | 1 ponto (não envolvido)<br>2 pontos (envolvido)   |
| Sistema coletor                              | 1 ponto (não envolvido)<br>2 pontos (envolvido)   |
| Tamanho do tumor                             | 1 ponto (≤ 4cm)<br>2 pontos (4.1-7 cm)<br>3 pontos (> 7 cm)                                       |
| Categorias de Risco                          | 6-7 pontos = baixo risco<br>8-9 pontos = moderado risco<br>≥10 pontos = alto risco                |
| <b>P-RAC SCORING SYSTEM<sup>3</sup></b>      |   |
| Raio do tumor                                | 1 ponto (< 3 cm)<br>2 pontos (3-4 cm)<br>3 pontos (> 4 cm)  |
| Proximidade com sistema coletor              | 1 ponto (≤ 4mm)<br>2 pontos (> 4 e <7 mm)<br>3 pontos (≥ 7 mm)                                    |

(Continua)

# Lesões Neoplásicas Renais - Detecção, Predição Histológica e Estadiamento

(Continuação)

|   |   |
|---|---|
| Distância da estrutura de maior proximidade | 1 ponto (1.5 cm)<br>2 pontos (>1 cm e ≤1.5 cm*)<br>3 pontos (<1 cm*)<br>*Se a estrutura de maior proximidade for um órgão de alta sensibilidade à ablação como intestino delgado, cólon, pâncreas, ureter ou vascularização renal, deve-se multiplicar a 1,5 ao escore individual encontrado.   |
| Exofítico ou endofítico                     | 1 ponto (≥ 50% exofítico)<br>2 pontos (< 50% exofítico)<br>3 pontos (completamente endofítico)  |
| Categorias de Risco                         | 4–6 pontos = baixa complexidade<br>7–9 pontos = moderada complexidade<br>> 9 pontos = alta complexidade<br>*Os escores numéricos são acompanhados pela letra “a” ou “p” para denotar a localização anterior ou posterior, respectivamente.  |
| <b>ABLATE SCORING SYSTEM<sup>4</sup></b>    |   |
| Axial tumor diameter                        | Se tumor ≥ 3 cm de diâmetro, considerar crioablação.<br>Se tumor ≥ 5 cm de diâmetro, considerar embolização tumoral pré-ablação.  |
| Bowel proximity                             | Se o tumor estiver a ≤ 1 cm do intestino delgado ou cólon, provavelmente serão necessárias manobras de reposicionamento do paciente ou de deslocamento intestinal.  |
| Location within kidney                      | Se o tumor estiver na metade anterior do rim, o deslocamento com líquidos provavelmente será necessário para proteger o intestino adjacente.<br>Se o tumor estiver no pólo anterolateral superior do rim direito, uma abordagem trans-hepática será necessária.<br>Se o tumor estiver no pólo anteromedial superior do rim, próximo à glândula adrenal, deve-se realizar a monitorização atenta da pressão sanguínea e avaliar a necessidade de bloqueio alfarreceptor pré-ablação.<br>Se o tumor estiver no pólo medial inferior do rim, técnicas de deslocamento podem ser necessárias para proteger a inervação presente ao longo da superfície anterior do músculo psoas. |
| Adjacency to ureter                         | Se o tumor estiver a ≤ 1 cm do ureter, provavelmente será necessária pieloperfusão retrógrada por meio de um stent ureteral externalizado ou manobras de deslocamento ureteral.   |
| Touching renal sinus fat                    | Se o tumor tocar a gordura do seio renal, considerar crioablação.   |
| Endophytic/exophytic                        | Se o tumor for completamente endofítico, considerar orientação por ultrassom, orientação por fusão ou administração intravenosa de agente de contraste imediatamente antes da ablação para melhor localização da lesão.   |

Fontes: <sup>1</sup>Adaptado de: Schmit GD, Schenck LA, Thompson RH, et al. Predicting renal cryoablation complications: new risk score based on tumor size and location and patient history. *Radiology* 2014;272(3):903–910.

<sup>2</sup>Adaptado de: Ficarra V, Novara G, Secco S, et al. Preoperative aspects and dimensions used for an anatomical (PADUA) classification of renal tumours in patients who are candidates for nephron-sparing surgery. *Eur Urol*

<sup>3</sup>Adaptado de: Mansilla AV, Bivins EE Jr, Contreras F, Hernandez MA, Kohler N, Pepe JW. CT-Guided Microwave Ablation of 45 Renal Tumors: Analysis of Procedure Complexity Utilizing a Percutaneous Renal Ablation Complexity Scoring System. *J Vasc Interv Radiol* 2017;28(2):222–229.2009;56(5):786–793.

<sup>4</sup>Adaptado de: Schmit GD, Kurup AN, Weisbrod AJ, Thompson RH, Boorjian SA, Wass CT, Callstrom MR, Atwell TD. ABLATE: a renal ablation planning algorithm. *AJR Am J Roentgenol.* 2014 Apr;202(4):894–903. doi: 10.2214/AJR.13.11110. PMID: 24660722.