

ABLAÇÃO POR RADIOFREQUÊNCIA DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAISS ASSOCIADO A ECTOPIA RENAL CRUZADA

Radiologia Intervencionista, Uroradiologia e Imagem Genital Masculina

DADOS DO CASO

Autores: Kairo Alexandre Alves Silveira - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP;

Thiago José Penachim - Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP;

Vitor de Campos Pagotto - Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP;

Gabriel Telles de Figueiredo - Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP;

Autor correspondente: Kairo Alexandre Alves Silveira - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP;

Palavras-Chave: Ablação por Radiofrequência e Carcinoma de Células Renais;

URL: <https://brad.org.br/article/4202/pt-BR/ablacao-porradiofrequencia-de-carcinoma-de-celulas-renais-associado-aectopia-renal-cruzada>

DOI: 10.5935/2965-1980.2022v1n1a26

RESUMO

O carcinoma de células renais associado à ectopia renal cruzada é uma entidade rara, com apenas 14 casos descritos na literatura. Nos casos já relatados, a opção terapêutica foi cirúrgica (nefrectomia total ou parcial). Relatamos o primeiro caso da literatura tratado com ablação percutânea guiada por imagem com técnica de radiofrequência em um homem de 53 anos.

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 53 anos, com diagnóstico prévio de ectopia renal cruzada e fusão dos polos renais à direita, sem outras anomalias associadas ou história familiar de anomalias congênitas. Durante o acompanhamento clínico, foi identificado um nódulo renal incidental, localizado no terço superior do rim ortotópico. O paciente não apresentava queixas, negava hematúria ou emagrecimento. Ao exame físico, nenhuma anormalidade foi observada.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

Para prosseguimento investigativo, foi realizada tomografia computadorizada com contraste iodado, que confirmou a ectopia renal cruzada com fusão dos polos renais à direita, além de nódulo renal sólido hipervascularizado, medindo 2,5 cm, com localização completamente endofítica no polo superior da unidade renal, compatível com neoplasia renal primária. A lesão apresentava discreta impressão no grupamento calicinal superior, porém sem nítidos sinais de invasão da gordura do seio renal. Não havia também nenhuma evidência

de linfonodomegalia regional suspeita para acometimento secundário ou metástases à distância (Fig. 1-2). Para confirmação diagnóstica, foi realizada biópsia percutânea guiada por ultrassonografia, sendo o anatomopatológico compatível com carcinoma renal convencional de células claras, Fuhrman 1. Em discussão multidisciplinar entre a equipe de urologia e radiologia intervencionista, considerando-se o risco associado de não êxito da nefrectomia parcial e com o objetivo de poupar parênquima renal, foi optado por terapia focal através de ablação percutânea guiada por imagem. O método acessível e utilizado para a realização do procedimento neste paciente foi a ablação por radiofrequência (ARF), sendo optado pela realização de pieloproteção devido à proximidade da lesão com o sistema coletor, através da do emprego de cateter ureteral de duplo lúmen com extremidade na pelve renal, associado a fluxo contínuo de soro glicosado resfriado durante todo o procedimento (Fig 3-4). Ao final do procedimento o cateter de irrigação ureteral foi retirado, mantendo-se cateter duplo J por mais duas semanas. Após 2 anos, a paciente mantém boa evolução, livre de recidiva local ou metástase, com função renal preservada (Fig5-6).

DISCUSSÃO

A ectopia renal cruzada é uma anomalia congênita incomum, com incidência estimada em 1: 2000 a 1: 7500 em séries de autópsia (1). Caracteriza-se por um tipo especial de ectopia renal com cruzamento da linha média de uma das massas renais e, na maioria das vezes (mais de 90% dos casos),

com fusão do rim ectópico com o ortotópico contralateral. Há uma leve predominância masculina (variando de 2:1 a 3:2) e o cruzamento da esquerda para a direita ocorre com mais frequência. A associação com carcinoma de células renais é rara e a incidência relatada não é maior do que na população geral (1). Até o momento, existem apenas 14 casos relatados de ectopia renal cruzada associada a carcinoma de células renais. Todos os casos passíveis de tratamento foram tratados por nefrectomia total ou parcial. Nas últimas duas décadas tem-se notado um aparente aumento na incidência de carcinoma de células renais, provavelmente relacionado ao aumento na detecção proporcionado pela maior disponibilidade dos métodos de imagem, aumentando especialmente o número de lesões pequenas, menores que 4 cm (T1a). Essa mudança no perfil dos pacientes tem estimulado procedimentos menos invasivos, classificados como "poupadores de néfrons" (2,3), que inclui tanto a nefrectomia parcial como as técnicas ablativas percutâneas, que resultam em melhores resultados tanto de morbidade como de mortalidade quando comparados à nefrectomia radical. A ablação por radiofrequência é a técnica ablativa percutânea mais usada atualmente, por ser relativamente barata, efetiva e com baixa taxa de complicações. Fatores limitantes para a realização desse tipo de tratamento são tamanho da lesão, que preferencialmente não deve ultrapassar 4 cm de diâmetro,

além da proximidade da lesão com estruturas vasculares mais calibrosas devido ao "efeito dissipador de calor" ou "heat sink", condições que aumentam as chances de resíduo neoplásico ou recidiva local (2,3,4). Outro fator importante a ser considerado é a localização das lesões, para evitar lesão inadvertida do sistema coletor renal. De forma que as lesões ideais para a terapia percutânea são aquelas corticais e exofíticas. As lesões endofíticas e em contato com a gordura do seio renal podem ser consideradas para ablação em casos selecionados, como no caso em questão.

LISTA DE DIFERENCIAIS

Angiomiolipoma pobre em gordura;
Oncocitoma renal.

DIAGNÓSTICO

Carcinoma renal convencional de células claras.

APRENDIZADO

O caso em questão ilustra uma condição rara que evoluiu de forma favorável após ablação percutânea por radiofrequência (ARFA) e insere-se em um contexto atual de sucessivos trabalhos que também têm relatado, de forma consistente, bons resultados das terapias ablativas em pequenos tumores renais (T1a).

REFERÊNCIAS

1. Bauer SB. Anomalies of the upper urinary tract. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peterseds CA, eds. Campbell's urology, 10th ed. Philadelphia: SaundersElsevier; 2012; p.3140-3145.
2. Krokidis ME, Kitrou P, Spiliopoulos S, Karnabatidis D, Katsanos K. Image-guided minimally invasive treatment for small renal cell carcinoma. Insights Imaging. 2018;9(3):38590.
3. Gervais DA, McGovern FJ, Arellano RS, McDougal WS, Mueller PR. Radiofrequency ablation of renal cell carcinoma: part 1, Indications, results, and role in patient management over a 6-year period and ablation of 100 tumors. AJR Am J Roentgenol. 2005;185(1):64-71 4. Nouri-Neuville M, Ben Ammar M, Cornelis FH. Percutaneous image-guided renal ablations: Current evidences for long-term oncologic efficacy. Presse Med. 2019;48(7-8 Pt 2):e233-e43.

IMAGENS

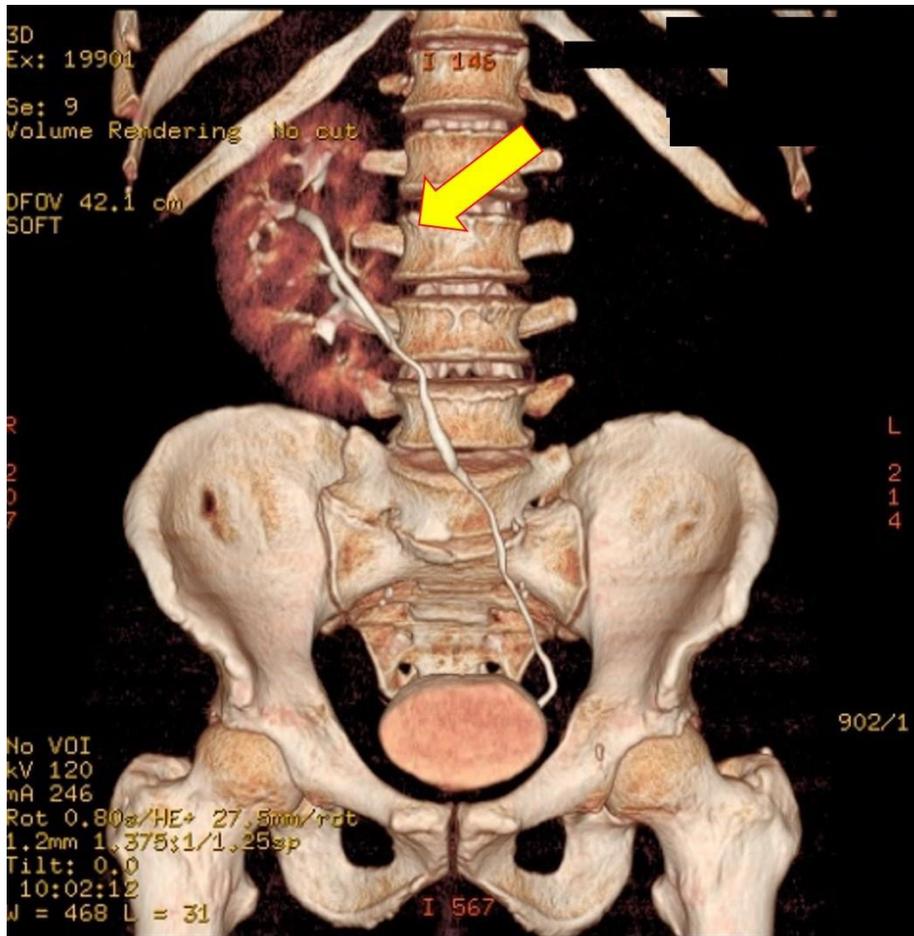


Figura 1: Reformatação 3D mostrando ectopia renal cruzada e fusão dos polos renais à direita.

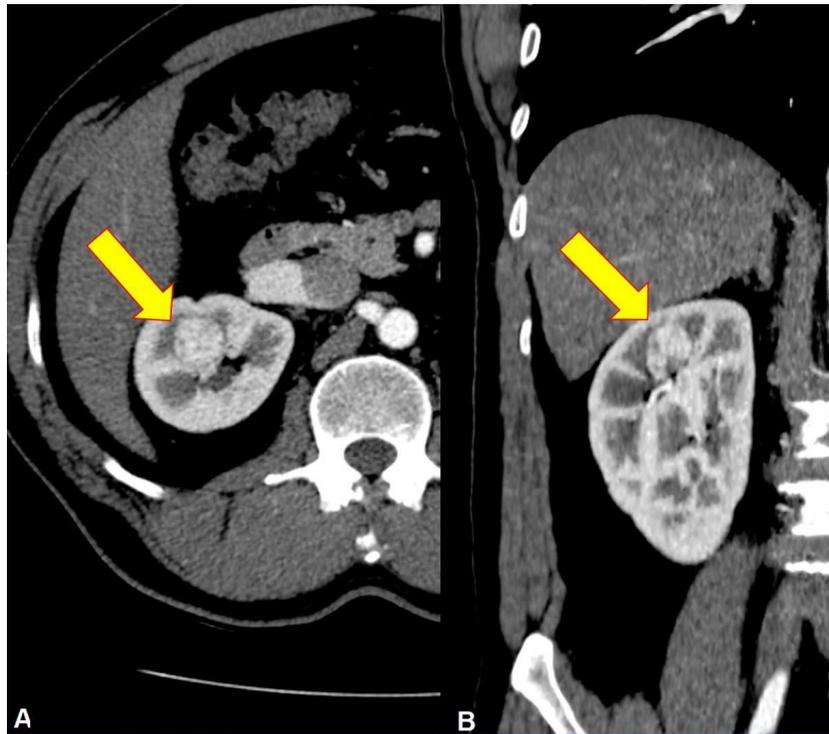


Figura 2: Cortes tomográficos na fase arterial demonstrando nódulo hipervascular no terço superior do rim direito.

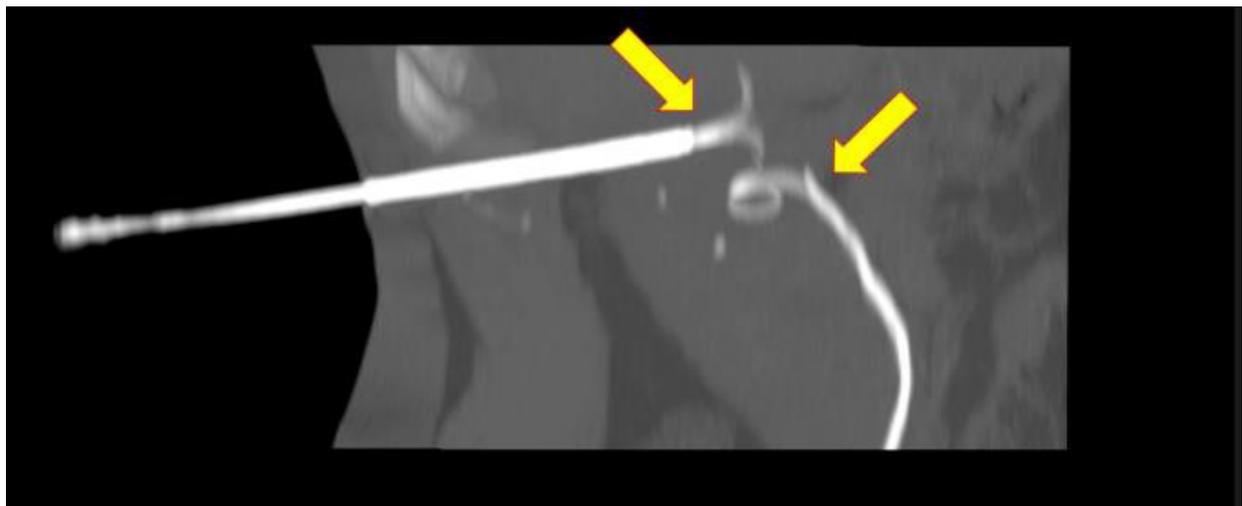


Figura 3: Reformatação coronal MIP demonstra agulha RFA e cateter ureteral.



Figura 4: Controle tomográfico imediato após o procedimento mostra uma zona de necrose coagulativa com margem adequada.

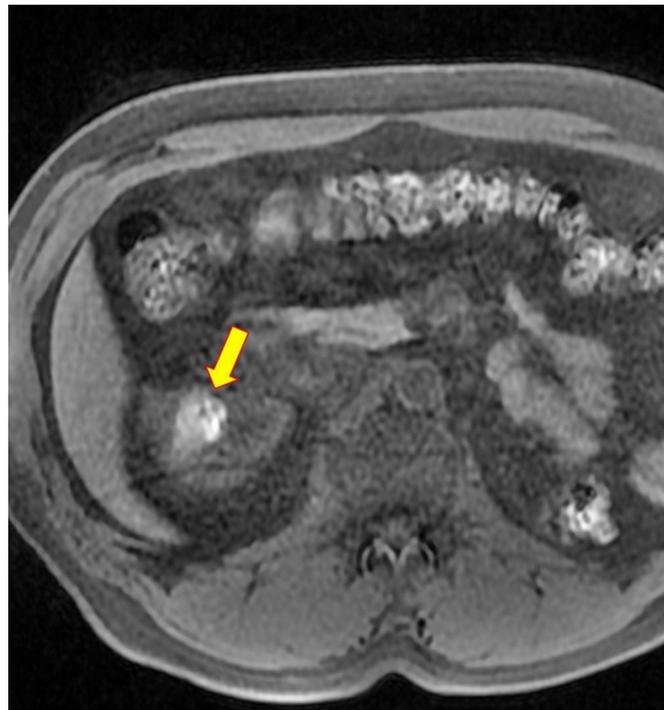


Figura 5: RM de controle realizada após 2 anos; corte axial T1 pré-contraste mostrando a área de necrose coagulativa na zona de ablação.

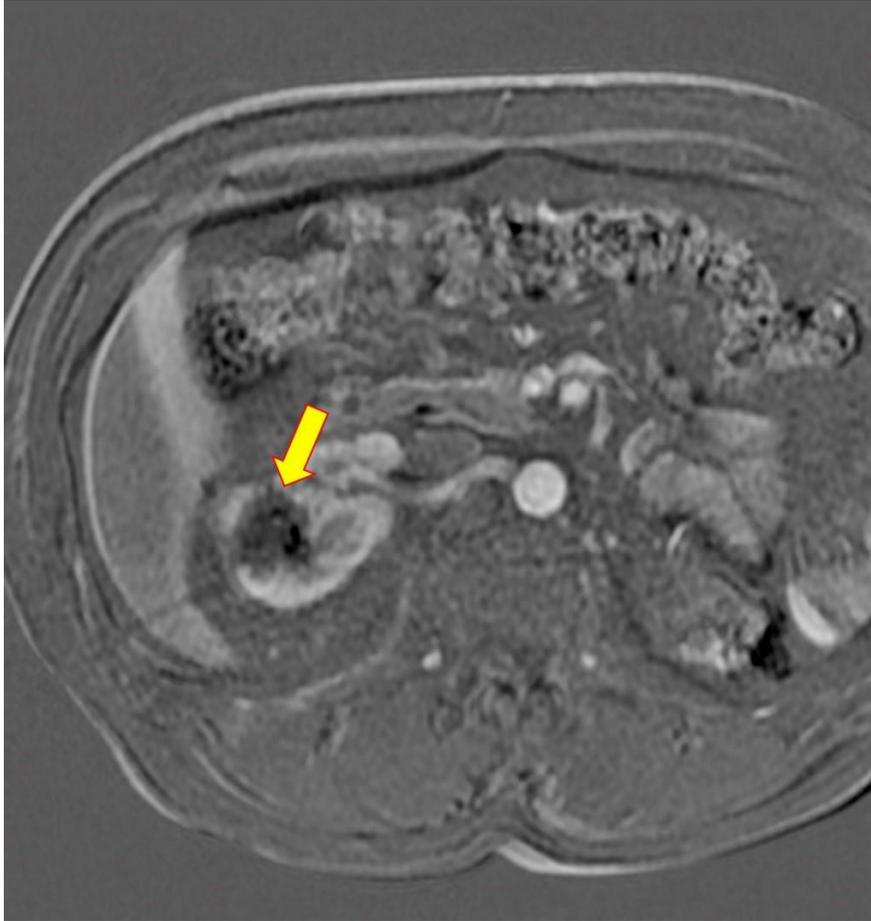


Figura 6: RM de controle realizada após 2 anos; técnica de subtração na fase arterial do estudo dinâmico mostra ausência de realce na zona de ablação.