

Artigos Originais

Carcinoma de Células Renais no Hospital Distrital de Faro. Experiência dos últimos 8 anos

Miguel Rodrigues, Pedro Gomes, Miguel Cabrita, Pablo Vega, Gilberto Rosa, Aníbal Coutinho, José Neves

Serviço de Urologia do Hospital Distrital de Faro
Director: Dr. José Neves

Resumo

Os autores fazem uma revisão da casuística dos carcinomas de células renais (CCR) no Hospital Distrital de Faro, operados entre 1999 e 2006.

São objecto de estudo a incidência, a distribuição por sexo e idade, a localização, o estadio clínico, a histologia e as opções terapêuticas.

Os resultados encontrados permitem evidenciar os bons resultados em termos de sobrevida quando o diagnóstico e a terapêutica são precoces.

Palavras-chave: Carcinoma de células renais, rim, tumores.

Abstract

The authors present the renal cell carcinomas operated between 1999 and 2006 in District Hospital of Faro.

The incidence, the sex and age distribution, the location, the clinical stage, the histology and the therapeutic procedure were analyzed.

The results revealed good survival data when the diagnose and surgery are performed in initial stage tumours.

Key-words: Renal cell carcinoma, kidney, tumours

Introdução

O CCR constitui cerca de 90% de todos os tumores renais malignos, correspondendo a cerca de 3% de todos os tumores malignos diagnosticados no adulto¹. É a terceira neoplasia urológica mais frequente, sendo responsável por cerca de 2% das mortes por cancro^{2,3}.

Nas últimas duas décadas, verificaram-se significativos avanços tecnológico-científicos na abordagem dos tumores renais.

Além da evolução da caracterização citogenética do CCR, que permitiu uma melhor compreensão da sua fisiopatologia, assistiu-se ao aumento do diagnóstico incidental, o que permitiu abordagens terapêuticas mais

conservadoras em estadios precoces, com implicações no prognóstico, na qualidade de vida e na sobrevida dos doentes^{4,5}.

Os autores pretenderam analisar a experiência da sua instituição, comparando a sua casuística com a literatura.

Material e Métodos

Foram revistos os processos clínicos e anatomo-patológicos dos doentes operados a tumores renais entre Janeiro de 1999 e Dezembro de 2006.

Nos CCR avaliou-se a distribuição por sexo, a distribuição etária, a localização, a opção terapêutica efectuada, a classificação por estadio, grau celular e tipo histológico (n=80).

Fez-se ainda uma avaliação dos resultados após cirurgia.

Foi utilizada a classificação TNM para estadiamento⁶ e a gradação nuclear Furhman para o grau celular^{7,8}.

Resultados

O número de tumores renais operados nos últimos 8 anos foi de 97 casos (média de 12 casos por ano), com uma distribuição anual relativamente homogénea (gráfico 1).

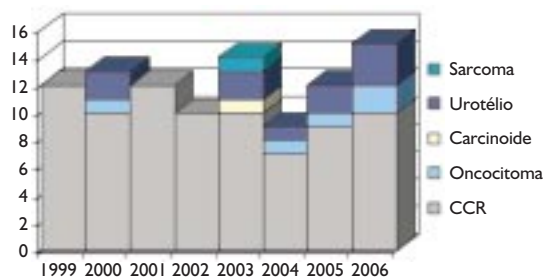


Gráfico 1 – Tumores Renais /ano

Destes 97 tumores renais, 80 eram carcinomas de células renais (CCR), 10 carcinomas do urotélio do bacinete, 5 oncocitomas, 1 sarcoma renal e 1 tumor carcinoide renal.

CCR	80
Urotélio	10
Oncocitomas	5
Sarcoma	1
Carcinoide renal	1
TOTAL	97

Em relação aos CCR, a distribuição por sexo apresenta um predomínio franco do sexo masculino, com 58 homens (72%) e 22 mulheres (28%) (Gráfico 2). Quanto à localização, verificou-se uma discreta predomi-

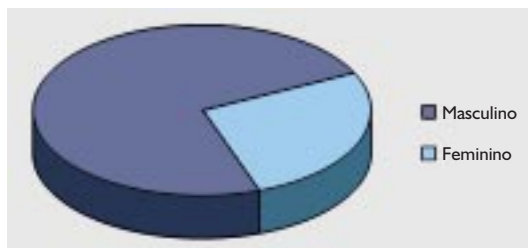


Gráfico 2 – Distribuição do CCR por género

nância esquerda, com 44 (55%) casos contra 36 (45%) no lado direito.

A idade média de diagnóstico foi 62 anos (63 nos homens e 61 nas mulheres), variando entre os 20 e os 84 anos. O grupo etário mais atingido foi o dos 60-69 anos, com cerca de 43,6% do total (Gráfico 3).

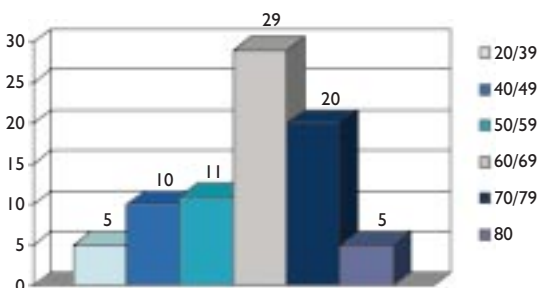


Gráfico 3 – Distribuição etária do CCR

Os estadios mais encontrados foram o T1b com 30 casos e o T2 com 25 casos, contabilizando em conjunto 68,8% do total. Não se encontraram gânglios positivos em 91,3% dos casos. Apenas um caso foi possível classificar como M1.

Estadiamento TNM

T1a	9
T1b	30
T2	25
T3a	9
T3b	2
T3c	0
T4	5
N1	4
N2	3
M1	1

Histologicamente os graus mais frequentes foram o II e III de Furhman, com 31 casos cada, correspondendo em conjunto a 77,5% do total.

No que concerne ao tipo histológico, o carcinoma de células claras foi encontrado em 87,5% dos casos, o tubulo-papilar em 10% e o de células cromofóbicas em 2,5% dos casos.

Grau Celular de Furhman

Grau I	11
Grau II	31
Grau III	31
Grau IV	7

Tipo Histológico

Células Claras	70
Tubulo-papilar	8
Cromofóbico	2

Mortalidade Pós-operatória		Mortalidade - total	
0 - 1 mês	0	< 1 mês	0
1 - 6 meses	6	< 6 meses	6
6 - 12 meses	3	< 12 meses	9
12 - 24 meses	3	< 24 meses	12
24 - 36 meses	1	< 36 meses	13
36 - 48 meses	2	< 48 meses	15
48 - 60 meses	0		

Quanto à mortalidade, à altura da colheita de dados, era de 15 doentes. Nenhum destes óbitos se registou intraoperatóriamente ou durante o primeiro mês imediatamente após a cirurgia (100% de sobrevida ao primeiro mês).

No entanto, constatou-se aos 6 meses a existência de 6 óbitos, o que se traduz numa sobrevida de 92,5%.

A sobrevida aos 12 meses foi de 88,75% (Gráfico 4).

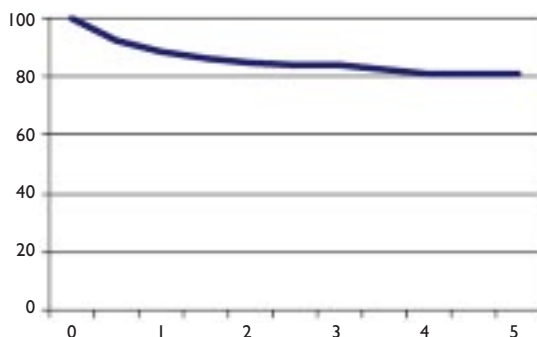


Gráfico 4 – Sobrevida após cirurgia/ano

Discussão e comentários

Tendo em consideração a área de referência e a população abrangida pelo Serviço de Urologia do Hospital Distrital de Faro, aproximadamente 300.000 habitantes, o número de carcinomas de células renais referenciados neste estudo, situa-se discretamente abaixo dos valores de referência da incidência mundial deste tipo de patologia, que se cifra entre 4 a 8,9 novos casos/ano de CCR por 100 000 habitantes^{1,3}. Constatou-se um valor médio de 10 CCR operados por ano, quando seria de esperar um número entre 12 a 26 novos casos diagnosticados por ano.

Esta ligeira discrepância resulta sobretudo do facto de alguns doentes serem seguidos e referenciados em outras unidades de saúde, ficando assim de fora desta casuística.

Por outro lado, o facto de nem todos os doentes com tumores do rim terem condições e critérios de operabilidade, pode também contribuir para esta diferença.

No entanto, a proporção do tipo de tumores diagnosticados vai de encontro às séries internacionais, nomeadamente o facto de 92% dos tumores diagnosticados se tratarem de CCR^{1,2,3}.

A inexistência de diagnóstico de tumores secundários deve-se provavelmente ao facto de este tipo de tumor estar geralmente enquadrado no contexto de neoplasias disseminadas, e portanto com terapêutica enquadrada na do tumor primário e sem critérios de intervenção cirúrgica ou urológica.

Nos CCR, encontrou-se um franco predomínio no sexo masculino, com 72% dos casos, e um ligeiro predomínio do lado esquerdo (55%), o que está de acordo com os valores encontrados na literatura, que referem um predomínio masculino de 2 a 4:1, e uma ausência de predominância de lateralidade^{3,9}.

A distribuição etária desta série analisada, é compatível com a divulgada em outras séries na literatura, uma vez que mostrou uma maior incidência no grupo etário entre os 60 e os 80 anos e uma fraca incidência abaixo dos 40 anos^{1,3,11}.

A predominância de estadios anatomo-patológicos iniciais, com 80% dos tumores confinados ao rim e sem invasão da cápsula renal, bem como a aparente ausência de nódulos positivos em 91,3% dos casos, é indicadora do diagnóstico precoce e dos diagnósticos incidentais proporcionados pelo acesso cada vez mais facilitado aos cuidados de saúde e pela utilização precoce e adequada dos meios complementares de diagnóstico, nomeadamente a ecografia^{4,9,11}.

Quanto à classificação cito-histológica encontrada nas peças operatórias, verificou-se uma concordância com os valores encontrados na literatura, que atribuem um predomínio de CCR de células claras e dos estadios II e III de Furhman^{4,7}.

Perante uma série com um seguimento heterogéneo, como esta casuística apresenta, não se fez tratamento estatístico que permita retirar conclusões sobre a mortalidade encontrada. No entanto, constatou-se que 60% se verificou no primeiro ano e 80% até ao final do segundo.

A sobrevida geral encontrada de 88,75% aos 12 meses e 81,25% aos 5 anos, está de acordo com o divulgado pela literatura sobre outras séries^{10,11}, embora, como se referiu anteriormente, seja necessário um seguimento maior para permitir homogeneidade da amostra, estudo e significância estatística. De qualquer forma

a grande prevalência de tumores confinados ao rim nesta casuística (=T2), parece justificar a mortalidade relativamente baixa encontrada^{12,13,14}.

Não se encontrou nenhum caso de associação de CCR a síndromes familiares, nomeadamente a doença de von Hippel-Lindau ou a esclerose tuberosa.

Não existindo actualmente terapêuticas complementares ou alternativas à cirurgia que tenham demonstrado alterar de forma significativa a sobrevida, o prognóstico ou a qualidade de vida, a cirurgia continua a ser a principal terapêutica do CCR^{15,16}.

Neste sentido todos os doentes realizaram cirurgia, sem qualquer terapêutica adjuvante ou neo-adjuvante.

Constatou-se a realização exclusiva de nefrectomias radicais. Provavelmente será uma realidade que tenderá a desaparecer no futuro devido à utilização progressivamente crescente de técnicas cirúrgicas mais conservadoras (ex.: nefrectomia parcial, tumorectomia ou criocirurgia)^{17,18}.

Conclusões

A importância do CCR entre os tumores do rim, sobejamente conhecida, é uma vez mais evidenciada pela análise desta casuística.

O melhor acesso aos cuidados de saúde, a evolução da tecnologia imagiológica e sua crescente utilização têm aumentado a precocidade diagnóstica e o sucesso terapêutico.

Os resultados da análise da casuística do Hospital Distrital de Faro vão de encontro ao estabelecido na literatura, a nível de estadio clínico, distribuição, localização e tipo histológico, evidenciando bons resultados em termos de sobrevida, provavelmente justificados por diagnósticos e a terapêuticas precoces.

A cirurgia urológica actual tende a ser cada vez mais conservadora e menos invasiva, sem no entanto comprometer a perspectiva curativa da doença. Deste modo, e apesar de a nefrectomia radical continuar a ser o tratamento de eleição para a maioria dos casos, a utilização de cirurgias e terapêuticas mais conservadoras e minimamente invasivas para o tumor do rim tem aumentado e apresenta-se já como uma alternativa válida e muitas vezes preferencial, na terapêutica dos tumores renais.

Bibliografia

- Novick, AC, Campbell SC. Renal Tumors. In Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. Saunders, eds. Campbell's Urology 8ª Edição, 2002; 4: 2672-2731
- Koteney B, Dreicer R, Williams R. Renal Parenchymal Neoplasms. In Tanagho E, McAninch J, eds. Smith's General Urology 16ª Edição 2002; 21: 346-366, 2002
- Murai M, Oya M. Renal cell carcinoma: etiology, incidence and epidemiology. *Curr Opin Urol* 2004; 14: 229-233.
- Guidan PD, Vogelang NJ, Fremgen AM, et al. Renal cell carcinoma: tumour size, stage and survival. *J Urol* 1995; 159: 9901-903.
- Carini M, Minervini A, Masieri L, Lapini A, Serni S. Simple enucleation for the treatment of pT1a renal cell carcinoma: our 20-year experience. *Eur Urol* 2006; 50: 1293-71
- Guinan P, Sobin LH, Algaba F, Badellino F, Kameyama S, Mac Lennan G, Novik A, TNM staging of renal cell carcinoma: Workgroup No 3. Union International Contre le Cancer (UICC) and American Joint Committee on Cancer (AJCC). *Cancer* 1997; 80: 992-993
- Linder V, Lang H, Jacquim D. Pathology and genetics in renal cell cancer. *EUA Update Series* 2003; 1: 197-208.
- Zambrano NR, Lubensky IA, Merino MJ, Linehan WM, Walther MC. Histopathology and molecular genetics of Renal tumours: Toward unification of a classification system. *J Urol* 1999; 162: 1246-1258.
- Zalabardo DS, Ferrandis JL, Garcia-Tapia JA, Balboa JMR, Montero JMF, Costa DR, et al. Clínica, diagnóstico y pronóstico del carcinoma renal. *Actas Urol Esp* 2002; 26(8): 532-540.
- DiMarco DS, Lohse CM, Zincke H, Cheville JC, Blute ML. Long-term survival of patients with unilateral sporadic multifocal renal cell carcinoma according to histologic subtype compared with patients with solitary tumours after radical nephrectomy. *Urology* 2004; 64: 462-7.
- Giberti C, Oneto F, Martorana G, Rovida S, Carmignani G. Radical Nephrectomy for Renal Cell Carcinoma: Long-term results and Prognostic Factors on a Series of 328 Cases. *Eur Urol* 1997; 31: 40-48.
- Jacquim D, Lang H, Prognostic factors in renal cell cancer. *EUA Update series* 2003; 1: 215-219.
- Kattan MW, Reutter V, Motzer RJ, Katz J, Russo P, A postoperative prognostic nomogram for renal cell carcinoma. *J Urol* 2001; 166: 63-67.
- Zisman A, Pantuck AJ, Wieder J, Chao DH, Dorey F, et al. Risk group assessment and clinical outcome algorithm to predict the natural history of patients with surgically resected renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 2002; 20: 4559-66.
- Motzer RJ, Matzumdar M, Bacik J, Russo P, Berg WJ, Metz EM. Effect of cytokine therapy on survival for patients with advanced Renal Cell Carcinoma. *J. Clin. Oncol.* 2000; 18: 1928-1935.
- Mickisch GH, Garin A, van Poppel H, de Prijck L, Sylvester R. Radical nephrectomy plus interferon-alpha based immunotherapy compared with interferon-alpha alone in metastatic renal cell carcinoma: a randomized trial. *Lancet* 2001; 358: 966-970.
- Van Poppel H, Deroo F, Joniau S. Open surgical treatment of localized renal cell cancer. *EUA Update Series* 2003; 1: 220-225.
- Novick AC. Nephron-sparing Surgery of Renal Cell Carcinoma. *Br J Urol* 1998; 82: 321-324.