

# Diagnóstico Incidental e Tratamento de Carcinoma de Células Renais em um Receptor de Pré-Transplante de Rim

Uzodimma Ejike Onwuasoanya<sup>1,\*</sup> , Olalekan Olayinka Olatise<sup>2</sup> , Martins C Igbokwe<sup>1</sup> ,  
Adefola Richmond Adetunbi<sup>1</sup>, David O Orji<sup>1</sup>

1.Zenith Medical and Kidney Centre –  
Urology Unit – Department of Surgery –  
Abuja, Nigeria.

2.Zenith Medical and Kidney Centre –  
Urology Unit – Department of Medicine –  
Abuja, Nigeria.

 [https://doi.org/10.53855/bjt.v25i4.480\\_PT](https://doi.org/10.53855/bjt.v25i4.480_PT)

Autor correspondente:  
ejike31@gmail.com

Editora de Seção:  
Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

Recebido:  
Ago. 15, 2022.

Aprovado:  
Out. 14, 2022.

Conflito de interesse:  
Nada a declarar.

Como Citar:  
Onwuasoanya UE, Olatise OO, Igbokwe  
MC, Adetunbi AR, Orji DO. Diagnóstico  
Incidental e Tratamento de Carcinoma de  
Células Renais em um Receptor de Pré-  
Transplante de Rim. BJT. 2022.25(04):e0422.  
[https://doi.org/10.53855/bjt.v25i4.480\\_PT](https://doi.org/10.53855/bjt.v25i4.480_PT)

eISSN  
2764-1589



## RESUMO

**Introdução:** O carcinoma de células renais (CCR) representa de 80 a 90% de todos os cânceres renais com pico de incidência entre 60–70 anos de idade. Os três sintomas mais comuns são hematúria, dor de flanco e massa de flanco. A melhor opção de tratamento para doenças renais crônicas é o transplante renal. A doença renal crônica é um dos fatores de risco para o CCR. A maioria dos casos é diagnosticada após o transplante renal; o diagnóstico durante o trabalho para transplante renal em um paciente assintomático é raro, especialmente em ambientes onde os pacientes dificilmente recebem cura para o câncer renal porque a maioria dos casos é diagnosticada tardiamente, no estágio avançado da doença. **Relato de caso:** Um homem de 62 anos de idade em tratamento de doença renal crônica foi diagnosticado com tumor renal direito durante o trabalho até o transplante renal. Ele teve nefrectomia radical direita com relatório histológico revelando CCR localizado (variante celular clara). Ele está atualmente em observação há 2 anos antes do transplante. **Conclusão:** O diagnóstico de CCR em um paciente assintomático durante o trabalho até o transplante renal é raro. O prognóstico desta doença é melhorado significativamente se diagnosticado e tratado antes do transplante renal.

**Descritores:** Carcinoma de Células Renais; Transplante; Diagnóstico.

## INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais (CCR) é responsável por 80–90% de todos os cânceres renais. Os cânceres renais representam 5% de todos os cânceres em homens e 3% em mulheres, com um pico de incidência entre 60 e 70 anos de idade.<sup>1,2</sup> O transplante renal é amplamente considerado a melhor opção de tratamento para pacientes com insuficiência renal. Em comparação com a espera restante na diálise, o transplante renal está associado à elevação da sobrevivência<sup>3,4</sup> e da qualidade de vida,<sup>5,6</sup> e implica em um custo mais baixo para a sociedade.<sup>7</sup>

Um estudo inicial de um único centro onde foi realizada uma nefrectomia nativa ipsilateral de rotina no transplante detectou CCR em 4,2% dos receptores de transplante de rim.<sup>8</sup> A avaliação para excluir o câncer durante a preparação para o transplante renal é por duas razões principais: Para evitar agravar o prognóstico de qualquer câncer com imunossupressor e para evitar o transplante renal em pacientes com curta expectativa de vida, uma vez que os órgãos doadores são recursos escassos.<sup>9</sup> O CCR de célula clara é o subtipo mais comum (75–85%) seguido pelo papilar tipo 1 e 11 (10–15%), cromóforo e vários subtipos menos comuns.<sup>10</sup> A doença renal crônica de qualquer causa predispõe exclusivamente ao CCR através do acúmulo de alterações císticas degenerativas nos rins nativos, com o desenvolvimento do CCR a partir das paredes do cisto, como a doença renal cística adquirida, é relatada em

5–20% dos pacientes que iniciam a diálise, e em quase todos os pacientes após 10 anos de diálise independentemente da causa da doença renal crônica e da modalidade de diálise.<sup>11,12</sup>

Os principais sintomas do CCR são hematúria, dor no flanco e massa abdominal.

A radiologia (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) antes e depois do contraste intravenoso é usada para demonstrar o aumento das massas renais indicando a presença de um tumor sólido (versus cisto benigno) embora a diferenciação da malignidade do oncocitoma benigno ou angiomiolipoma livre de gordura possa requerer biópsia.<sup>1</sup>

As opções de tratamento para o RCC incluem cirurgia, ablação, terapias direcionadas e imunoterapia, com vigilância ativa como opção para pequenas lesões de crescimento lento em pacientes com alto risco cirúrgico.<sup>1</sup> Os pacientes entram em um período de observação de 2 anos após o tratamento do CCR antes de entrarem na lista de espera para transplante renal.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Um homem de 62 anos de idade em tratamento de doença renal crônica secundária a nefropatia hipertensiva estava em hemodiálise três vezes por semana. Ele está em hemodiálise há 2 anos antes de realizar o transplante de rim. Ele estava sendo preparado para o transplante renal e o ultrassom pré-transplante abdominopélvico revelou uma massa sólida no polo inferior do rim direito. Seguiu-se a ressonância magnética abdominopélvica, que revelou uma lesão redonda sólida T1/T2 hipo-/isointensa medindo cerca de 3,7 × 4,4 cm no polo inferior do rim direito (Fig. 1).



Figura 1. Ressonância magnética abdominopélvica revelando tumor renal direito.

Não havia hematúria associada, massa abdominal ou dor no flanco direito nem sintomas extrarrenais. Não havia histórico pessoal ou familiar de diagnóstico de câncer. O exame físico não revelou nenhum resultado positivo.

Ele foi aconselhado e iniciou uma nefrectomia radical direita. Os achados intraoperatórios foram tumores múltiplos distribuídos sobre o rim direito com o maior tumor localizado no polo inferior (Fig. 2) Ele teve uma recuperação pós-operatória sem problemas e recebeu alta posteriormente.



Figura 2. Descobertas intraoperatórias de múltiplos tumores renais direitos.

O relatório histopatológico revelou células tumorais consistentes com CCR (variante celular clara) sem propagação extracapsular, envolvimento dos vasos renais direitos e ureter. Posteriormente, ele foi colocado em observação por 2 anos antes de entrar na lista de espera para transplante renal.

## DISCUSSÃO

O paciente tinha 62 anos de idade, o que o enquadra na faixa etária de pico de incidência relatada para câncer de rim.<sup>1,2</sup> Ele tem realizado tratamento de doenças renais crônicas, que são fatores de risco relatados para o desenvolvimento do CCR.<sup>11,12</sup> O tumor renal foi diagnosticado durante o trabalho de transplante renal, e o diagnóstico incidental de CCR em pacientes em trabalho de transplante renal tem sido relatado como incomum, reportado em 4,2% dos casos.<sup>8</sup> Tratá-lo nessa fase inicial é muito importante porque o paciente tem maior chance de cura, e o prognóstico não será piorado pelo uso de medicamentos imunossupressores após o transplante. O diagnóstico de tumor renal foi feito através de ultrassom abdominopélvico e ressonância magnética do abdômen, que fazem parte das modalidades de imagem recomendadas para o diagnóstico de tumores renais. O diagnóstico diferencial do CCR a partir desses achados de imagem são oncocitoma renal, angiomiolipoma renal pobre em lipídios, linfoma renal, tumor fibroso solitário e nefroma cístico multilocular. Os achados intraoperatórios revelaram múltiplos tumores no rim direito, que não foram detectados a partir dos estudos de imagem. As imagens identificaram apenas o tumor do polo inferior que era o maior tumor do achado intraoperatório. Isso revelou que as modalidades de imagem padrão não são totalmente precisas no diagnóstico de tumores renais, pois alguns ainda podem não ser diagnosticados por elas.

O relatório histológico após a nefrectomia radical revelou um CCR de células claras, relatado como a variante histológica mais comum.<sup>10</sup> O tumor não se espalhou além da cápsula renal e não houve envolvimento dos vasos renais, então a cirurgia por si só foi curativa para o paciente em questão, pois o tumor renal ainda estava localizado.

O paciente foi colocado em observação por 2 anos antes do transplante renal, de acordo com o período de observação recomendado de 2 a 5 anos, para evitar agravar o risco de recidiva precoce.<sup>13</sup>

Devido à falta de provas diretas, o exame geral do câncer em receptores de transplante renal não é recomendado, mas deve ser adaptado a pacientes individuais, levando em conta o risco individual de câncer e o prognóstico após o tratamento do câncer.<sup>9</sup> No paciente deste caso, devido à falta de histórico pessoal ou familiar de câncer e bom prognóstico após o tratamento do câncer renal, uma vez que o câncer não se espalhou além do rim, não há recomendação de triagem pós-transplante de câncer e o acompanhamento não será diferente de um paciente sem diagnóstico de câncer renal antes do transplante renal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pacientes com doença renal crônica correm maior risco de desenvolver CCR. Embora a ocorrência de CCR entre esse grupo de pacientes seja rara, a falta de diagnóstico antes do transplante renal pode piorar o prognóstico do CCR.

A triagem detalhada de câncer renal antes do transplante de rim é, portanto, pertinente para evitar falha de diagnóstico quando presente. Diagnosticar o CCR nessa fase inicial não só melhorará o prognóstico, mas também oferecerá ao paciente uma chance de cura para essa doença.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

**Contribuições científicas e intelectuais substantivas para o estudo:** Onwuasoanya UE; **Concepção e desenho:** Onwuasoanya UE; **Análise e interpretação dos dados:** Onwuasoanya UE, Olatise OO e Igbokwe MC; **Redação do artigo:** Onwuasoanya UE, Adetunbi AR e Orji DO; **Revisão crítica:** Igbokwe MC e Olatise OO; **Aprovação final:** Onwuasoanya UE, Olatise OO, Igbokwe MC, Adetunbi AR e Orji DO.

## DISPONIBILIDADE DE DADOS DE PESQUISA

Não se aplica.

## CONSENTIMENTO PARA PUBLICAÇÃO

Foi obtida uma autorização por escrito do paciente para publicar imagens e detalhes clínicos.

## FINANCIAMENTO

Não se aplica.

## AGRADECIMENTOS

Não se aplica.

## REFERÊNCIAS

1. Ljungberg B, Albiges L, Bensalah K, Bex A, Giles R, Hora M, et al. Renal cell carcinoma. Arnhem: European Association of Urology Guidelines, 2020.
2. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, Rioux-Leclercq N, Bex A, Khoo V, et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2019;30(5):706-20. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz056>
3. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, Ojo AO, Ettenger RE, Agodoa LY, et al. Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med.* 1999;341(23):1725-30. <https://doi.org/10.1056/NEJM199912023412303>
4. Heldal K, Hartmann A, Grootendorst DC, de Jager DJ, Leivestad T, Foss A, Midtvedt K. Benefit of kidney transplantation beyond 70 years of age. *Nephrol Dial Transplant.* 2010;25(5):1680-7. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfp681>
5. Jofré R, López-Gómez JM, Moreno F, Sanz-Guajardo D, Valderrábano F. Changes in quality of life after renal transplantation. *Am J Kidney Dis.* 1998;32(1):93-100. <https://doi.org/10.1053/ajkd.1998.v32.pm9669429>
6. Liem YS, Bosch JL, Arends LR, Heijnenbroek-kal MH, Hunink MG. Quality of life assessed with the medical outcomes study short form 36-item health survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value Health.* 2007;10(5):390-7. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00193.x>
7. Kontodimopoulos N, Niakas D. An estimate of lifelong costs and QALYs in renal replacement therapy based on patients' life expectancy. *Health Policy.* 2008;86(1):85-96. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.10.002>
8. Denton MD, Magee CC, Ovuworie C, Mauyyedi S, Pascual M, Colvin RB, et al. Prevalence of renal cell carcinoma in patients with ESRD pre-transplantation: A pathologic analysis. *Kidney Int.* 2002;61(6):2201-9. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1755.2002.00374.x>
9. Au E, Wong G, Chapman JR. Cancer in kidney transplant recipients. *Nat Rev Nephrol.* 2018;14(8):508-20. <https://doi.org/10.1038/s41581-018-0022-6>
10. Patard JJ, Leray E, Rioux-Leclercq N, Cindolo L, Ficarra V, Zisman A, et al. Prognostic value of histologic subtypes in renal cell carcinoma: a multicenter experience. *J Clin Oncol.* 2005;23(12):2763-71. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.07.055>
11. Bonsib SM. Renal cystic diseases and renal neoplasms: a mini-review. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009;4(12):1998-2007. <https://doi.org/10.2215/CJN.02020309>
12. Muhlfield AS, Boor P. Acquired cystic kidney disease and malignant neoplasms. In: Feehally J, Floege J, Johnson R, Tonelli M, editors. *Comprehensive clinical nephrology.* 6th ed. Elsevier, 2018. p.1022-1027
13. Batabyal P, Chapman JR, Wong G, Craig JC, Tong A. Clinical practice guidelines on wait-listing for kidney transplantation: consistent and equitable? *Transplantation.* 2012;94(7):703-13. <https://doi.org/10.1097/TP.0b013e3182637078>