

RELATO DE CASO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0171

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS RENAI: UM RELATO DE CASO RARO DE METÁSTASE SINCRÔNICA E ISOLADA PARA A BEXIGA**VINÍCIUS RAMOS MACHADO (1), LUCAS ANTÔNIO PEREIRA DO NASCIMENTO (1), JOÃO JORGE SAAB FILHO (1), WAGNER APARECIDO FRANÇA (2), LUÍS AUGUSTO SEABRA RIOS (3), RENATO PANHOCA (4)**

1 Programa de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE - IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil; 2 Departamento de Disfunção Miccional e Cirurgia Reconstructiva do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil; 3 Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil; 4 Departamento de Uro-Oncologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Carcinoma de Células Claras Renais (CCR) é o segundo tipo de câncer urológico mais comum e pode originar metástases em quase todos os órgãos; a metástase para bexiga é extremamente rara e o manejo é incerto.

APRESENTAÇÃO DO CASO: Paciente de 72 anos, masculino, encaminhado para avaliação urológica devido hematuria intermitente. Estadiamento inicial diagnosticou lesão 11,9cm em rim direito e nódulo vesical de 2,2cm. Submetido a Nefrectomia radical a direita e ressecção transuretral de bexiga, cujo diagnóstico anatomopatológico foi de CCR em ambos os sítios.

Conclusão: A metástase vesical de um CCR é condição rara; a disseminação da doença renal por contiguidade do urotélio para a bexiga parece ser o mecanismo principal. O tratamento não é padronizado na literatura; para doenças oligometastáticas, há evidências que a metastasectomia pode conferir ganho no intervalo livre de doença e sobrevida global.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Renais, Neoplasias da Bexiga Urinária, Neoplasias Renais, Metástase Neoplásica

INTRODUÇÃO

O Carcinoma de Células Claras Renais (CCR) representa cerca de 5% dos casos de neoplasia maligna em homens e 3% em mulheres, e é o segundo tipo de câncer urológico mais frequente (1).

Este tumor pode originar metástase em quase todos os órgãos; estima-se que de 18-25% dos pacientes diagnosticados com CCR têm metástase no estadiamento inicial (doença sincrônica) e até 50% dos casos podem apresentar recorrência local ou à distância (doença metacrônica) após tratamento cirúrgico local (1,2).

Os principais sítios de metástase de CCR são, respectivamente: linfonodos regionais, pulmão, fígado, ossos, adrenais, cérebro, pele. A doença metastática para bexiga é rara, compreendendo menos de 2% dos tumores de bexiga; ao diagnóstico costuma ter tamanho médio de 21mm e >50% não invadem a camada muscular (2).

Neste relato, apresentamos um caso de um paciente com metástase sincrônica isolada de CCR para a bexiga que se apresentou com hematúria.

RELATO DE CASO

Paciente de 72 anos, masculino, tabagista ativo, hipertenso e diabético, iniciou o quadro com hematúria macroscópica intermitente há 01 ano associado a fadiga. Esteve em avaliação com a clínica de hematologia após exames laboratoriais iniciais evidenciarem anemia grave, sendo encaminhado para avaliação urológica após diagnóstico incidental de lesão renal em ultrassonografia de abdome. O paciente foi admitido à investigação urológica tomografia computadorizada de abdome e tórax para estadiamento da lesão renal. Ademais, apresentava colonoscopia há 02 anos sem achados dignos de nota e apresentava dosagem sérica de PSA dentro dos parâmetros da normalidade para idade. A

investigação diagnóstica radiológica evidenciou lesão expansiva de 11,9 x 11,2 x 7,4cm em terços médio e inferior do rim direito envolvendo a pelve renal e junção uretero-piélica com trombose tumoral da veia renal (cT3a); e nódulo transmural vesical de 2,2 x 1,8cm sem sinais de invasão da gordura. O paciente negava antecedentes oncológicos pessoais ou em familiares.

O paciente foi preparado para o procedimento cirúrgico; e submetido a nefrectomia radical direita videolaparoscópica e ressecção transuretral de bexiga (RTU) em 16/05/23, procedimento sem intercorrências com alta hospitalar no segundo dia pós-operatório. O diagnóstico anatomopatológico (AP) da peça renal foi compatível com carcinoma de células claras renais, classificação da *International Society of Urological Pathology/World Health Organization* (ISUP/WHO) 2, infiltrando tecido adiposo e pelve renais com margens livres (pT3aN0); o laudo da peça da bexiga foi de carcinoma de células claras renais, muscular não representada. O caso em foi discutido e optado por programar RTU revisional para amostragem da camada muscular e cistoscopia de controle. O paciente foi submetido em 13/07/23 à cistoscopia de controle, cujo achado endoscópico não evidenciou nenhum outro achado de lesão mural; realizado Re-RTU bexiga, cujo AP foi laudado como cistite crônica, sem sinais de malignidade.

O paciente segue em acompanhamento ambulatorial periódico, mantendo-se assintomático, sem novos episódios de hematúria, apresentando excelente performance status (ECOG 0). Realizará periodicamente cistoscopia e exames de imagem para seguimento oncológico adequado.

DISCUSSÃO

O CCR raramente origina metástases para a bexiga; lesões metastáticas na

bexiga correspondem a apenas 1% dos casos de tumor vesical; dentre estes, o diagnóstico de uma lesão sincrônica e isolada representava até 62% dos casos, conforme descrito numa análise retrospectiva de 65 casos conduzida por Matsumo et al. (2).

O termo metástase vesical solitária é atribuído após o seguimento de pelo menos dois anos após RTU inicial, sem surgimento de outras lesões à distância. O quadro clínico pode se apresentar com hematúria macroscópica isolada e, durante investigação radiológica, é diagnosticado uma lesão renal (3).

O mecanismo de metástase vesical é desconhecido; propõe-se três formas fisiopatológicas: a disseminação hematogênica; a retrógrada através da veia renal e vasos linfáticos hilares que se conectam a órgãos pélvicos; e a migração tumoral descendente através do urotélio (3, 4). A metástase através do sistema coletor neste caso relatado parece ser o mecanismo mais provável devido a invasão tumoral da pelve renal, associado a margens cirúrgicas livres e ausência de outras lesões no estadiamento radiológico inicial.

Devido à singularidade desta apresentação de metástase, o manejo desta condição não é padronizado na literatura. A decisão para realizar metastasectomia usualmente segue os seguintes critérios prognósticos: o local e número de metástases, o grau de ressecção do tumor primário, performance status e intervalo livre de doença entre o tratamento primário e o diagnóstico da doença à distância. Cistectomia parcial, ressecção endoscópica e RTU seguidas de terapia sistêmica com interleucina-2 são propostas utilizadas para tratamento de metástases vesicais (5).

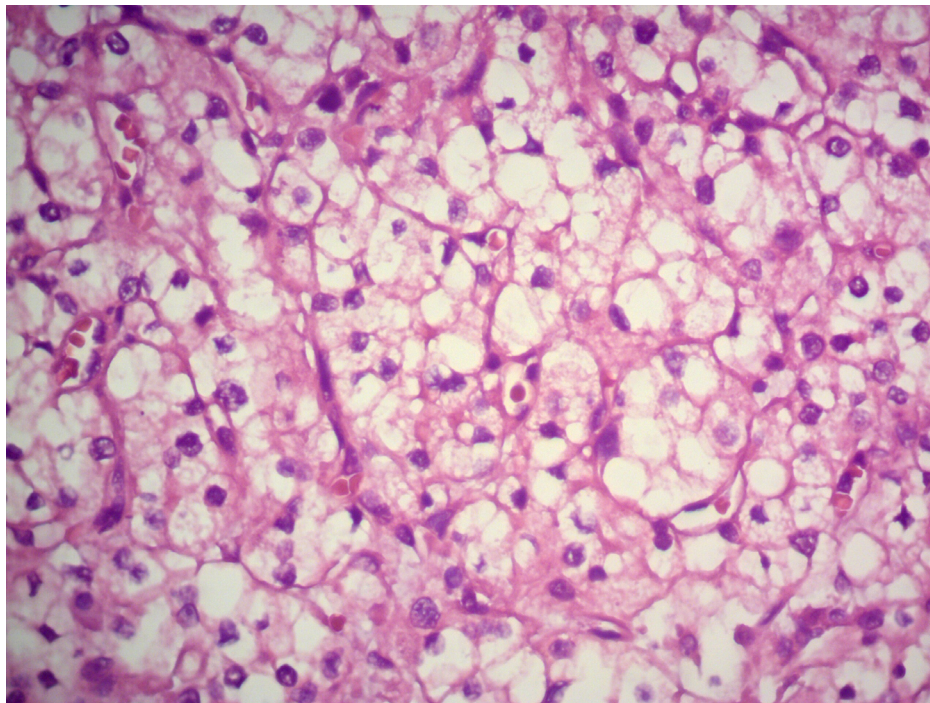
Ao diagnóstico, o paciente não era considerado metastático; havia suspeita que houvesse dois sítios tumorais sincrônicos (vesical e renal) uma vez que é evento raro a metástase do carcinoma de células renais para a mucosa vesical. Numa análise

retrospectiva, ao se considerar a metástase isolada na bexiga, segundo os critérios prognósticos do MSKCC/Motzer o prognóstico era intermediário (pontuava 01 ponto no nível de hemoglobina <13,5 apenas). De acordo com as novas diretrizes da European Association of Urology 2024, há embasamento científico para realização da nefrectomia citorrredutora almejando a cura, principalmente em situações em que todo(s) o(s) sítio(s) de metástase sejam ressecados e o paciente seja considerado de risco favorável ou intermediário pelo nomograma prognóstico MSKCC/Motzer ou IMDC. Existe a recomendação, com moderado nível de evidência, acerca de nefrectomia citorrredutora associado a metastasectomia completa ao mesmo tempo cirúrgico, uma vez que pode conceder ganho na sobrevida global e sobrevida câncer-específica nesta população, e potencialmente prorrogar o tempo para início de tratamento sistêmico. Embora haja estudos em andamento que avaliem a resposta de terapia sistêmica com Inibidores de Tirosina Quinase, Inibidores de checkpoint imunológico ao diagnóstico do carcinoma renal metastático, salienta-se que inicialmente o paciente era considerado localmente avançado quando submetido a metastasectomia associado a nefrectomia radical.

O tratamento para CCR oligometastático passível de ressecção favorece a metastasectomia isolada. Thyavihally et al analisaram dados de 43 pacientes com CCR oligometastáticos submetidos a tratamento cirúrgico ou radioterapia para doença à distância; neste cenário, os pacientes obtiveram até 60% de sobrevida global e sobrevida média após metastasectomia de 45 meses. O intervalo maior de sobrevida livre de doença associa-se a maior sobrevida global; a metástase sincrônica parece associar-se a pior prognóstico quando comparado a doença metacrônica (3, 5).

Dessa forma, de acordo com a maioria dos autores, a metastasectomia deve

Figura 1 - Aspecto histológico típico de carcinoma renal de células claras na coloração de hematoxilina e eosina, mostrando ninhos de células epiteliais com citoplasma claro e uma membrana celular distinta. Magnificação de 400x.



ser oferecida caso haja chance elevada de ressecção completa; a sobrevida global em três anos para ressecção de metástase vesical isolada pode atingir 80% (1).

O CCR metastático necessita de diagnóstico precoce e tratamento imediato, uma vez que a metástase isolada sincrônica para a bexiga é evento raro no curso da doença tumoral. O diagnóstico precoce bem como excisão cirúrgica completa podem se associar a maiores taxas de sobrevida global e ganho potencial na qualidade de vida.

A descrição deste caso clínico apresenta a limitação de não relatar o seguimento do paciente devido ao curto tempo entre a nefrectomia e o acompanhamento pós-operatório. Com o devido seguimento ambulatorial, será possível avaliar principalmente a sobrevida câncer específica e o tempo livre de metástase e terapia sistêmica.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Matsumoto K, Hayakawa N, Nakamura S, Oya M. Bladder metastasis from renal cell carcinoma: retrospective analysis of 65 reported cases. *Clin Exp Metastasis*. 2015 Feb;32(2):135-41. doi: 10.1007/s10585-015-9698-1. Epub 2015 Jan 29. PMID: 25630270.
2. Zachos I, Mitrakas L, Karasavvidou F, Karatzas A, Tzortzis V. Clear-cell renal cell carcinoma single urinary bladder metastasis: a case report and review of the literature. *J Surg Case Rep*. 2022 Oct 21;2022(10):rjac475. doi: 10.1093/jscr/rjac475. PMID: 36299912; PMCID: PMC9586710.
3. Doo SW, Kim WB, Kim BK, Yang WJ, Yoon JH, Jin SY, Song YS. Metastasis of renal cell carcinoma to the bladder. *Korean J Urol*. 2013 Jan;54(1):69-72. doi: 10.4111/kju.2013.54.1.69. Epub 2013 Jan 18. PMID: 23362452; PMCID: PMC3556558.

4. Smart A, Wynne M, Baraban E, Ged Y, Smith A. Metastasis to the Bladder: A Rare Site of Recurrence of Renal Cell Carcinoma. Case Rep Urol. 2022 Jun 17;2022:4339270. doi: 10.1155/2022/4339270. PMID: 35754920; PMCID: PMC9232330.
5. Thyavihally YB, Mahantshetty U, Chamarajanga RS, Raibhattanavar SG, Tongaonkar HB. Management of renal cell carcinoma with solitary metastasis. World J Surg Oncol. 2005 Jul 20;3:48. doi: 10.1186/1477-7819-3-48. PMID: 16029517; PMCID: PMC1185571.

AUTOR CORRESPONDENTE**Vinícius Ramos Machado**

*Programa de Urologia do Hospital do
Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE
- IAMSPE)*

*Rua Pedro de Toledo, n. 1800, 13o andar
bloco D, Centro de Estudos Urológicos,
São Paulo, SP, 04039-000, Brasil
Telefone: 71 98861-96896
E-mail: v.rmachado23@gmail.com*

Submissão em:

02/2024

Aceito para publicação em:

06/2024