

Com o advento de novos métodos de diagnósticos, as enfermidades de origem renal passaram a ser estudadas de forma mais objetiva e segura. Estes métodos tem permitido que lesões antes não detectáveis possam ser observadas hoje na sua fase inicial e tratadas logo no início. Dentre as lesões renais benignas, destacam-se o leiomioma, o hemangioma, o lipoma e o tumor de células justaglomerulares. Os tumores com potencial maligno, incluem o oncocitoma, o angiomiolipoma e o adenoma. Nos malignos, incluem o Tumor de Wilms e o tumor de células renais, ou adenocarcinoma renal.

ADENOCARCINOMA RENAL

Apresenta comportamento biológico imprevisível, curso clínico obscuro e muito diverso. Sua incidência tem aumentado em função do aumento da longevidade da população e da maior exposição a agentes carcinogênicos. Correspondem a 3% dos tumores malignos que acometem o homem. No Brasil a incidência está em torno de 1:75.000 e nos Estados Unidos é de 1:25.000. Predomina no sexo masculino, na proporção de 3:1, ocorrendo na faixa de 50 a 70 e são raros antes dos 20 anos. De etiologia indefinida, os aspectos histopatológicos, ultraestruturais e imunocitoquímicos sugerem que evoluem de células dos túbulos proximais e de adenomas renais. Representam 85% dos tumores renais. Vários fatores tem sido relacionados com sua etiologia, tais como disfunção hormonal, agentes químicos (nitrosaminas, cádmio, bromato), hereditariedade (doença de vom Hippel-Lindau), vírus (LTV), dieta (colesterol, deficiência vitamina A) e a irradiação.

Cerca de 9% dos pacientes com insuficiência renal crônica terminal, submetidos à hemodiálise, desenvolvem adenocarcinoma renal, cerca de 2500 vezes mais que os indivíduos normais. Parecem ter origem nas lesões císticas, tendem a ser múltiplos e bilaterais, apresentam comportamento agressivo em cerca de 6%,

mais frequentes naqueles submetidos à diálise por um período de 3 a 8 anos.

PATOLOGIA

Tem origem nas células dos túbulos proximais, apresentam-se como tumores de células claras (25%), de células granulosas (15%), mistos (25%) e sarcomatosas (45%). O prognóstico, relaciona-se ao grau de diferenciação celular. A forma sarcomatosa apresenta pior prognóstico,

HISTÓRIA NATURAL

A presença de metástases está diretamente relacionada com o tamanho do tumor, sendo de 8% para tumores de até 5 cm e de mais de 80% nos maiores que 10 cm. A disseminação se faz por via linfática, hematogênica e direta, acometendo os pulmões em 40-60%, linfonodos periaórticos em 20-35%, fígado em 30%, ossos em 20-30%. Acomete as veias renais em 10-30% e veia cava inferior em 10%, representando pior prognóstico, porém de pouco valor quando é removido cirurgicamente. Apresentam evolução lenta, em função do tempo de duplicação celular e a sobrevida em 5 anos depende da extensão da doença quando do diagnóstico, variando de 60-80% nos tumores localizados e de 0-10% nos tumores metastáticos.

QUADRO CLÍNICO

O carcinoma de células renais está associado a uma ampla variedade de sinais e sintomas. Cerca de 60% dos pacientes, apresentam hematúria macroscópica ou microscópica, 40% dor, massa palpável ou ambos. A tríade clássica (hematúria, dor e massa palpável) ocorre em cerca de 10%. Como a TC tornou-se um exame grande bastante comum, cada vez mais os tumores estão sendo diagnosticados incidentalmente e dados estatísticos anteriores sobre as características de apresentação da doença, podem não ser mais precisos. As manifestações paraneoplásicas encontradas

em um terço dos casos, resultam da secreção de polipeptídeos e fatores humorais pelo tumor. Incluem a anemia, febre, alterações de função hepática, hipertensão arterial, hipercalcemia e eritrocitose.

DIAGNÓSTICO

A presença de neoplasia renal deve ser sempre investigada quando um paciente se apresenta com as manifestações previamente descritas e quando, em qualquer método de imagem, revelam-se sinais de processo expansivo renal.

ASPECTOS LABORATORIAIS

Freqüentemente observa-se hematúria (60%) e anemia (30%) que não está associada à perda de sangue ou hemólise.

ULTRA-SONOGRAFIA

O uso rotineiro da Ultra-sonografia, aumentou em muito a capacidade de diagnóstico, permitindo que muitos tumores incipientes pudessem ser observados. Pode definir as lesões, como os cistos simples, com precisão de 98%.

ASPECTOS RADIOLÓGICOS

A tomografia é o exame de eleição para definir o carcinoma renal, o envolvimento da veia renal, da veia cava inferior, do hilo renal, do espaço perirrenal, da supra-renal, dos vasos linfáticos regionais e dos órgãos adjacentes. A ressonância magnética é mais precisa na avaliação da infiltração da veia renal e veia cava inferior. Como vantagem sobre a TC, inclui o fato de não usar radiação ionizante. Ideal na gestação.

RADIOISÓTOPOS

Importante para o rastreamento de metástases ósseas. Indicada quando o paciente apresentar dor óssea localizada, em tumores maiores que 5 cm ou elevação de fosfatase alcalina.

MARCADORES TUMORAIS

Ainda não existe uma substância biologicamente ativa que possa ser usada como marcador tumoral específico e sensível para auxiliar na triagem, no diagnóstico e na

avaliação da resposta ao tratamento, bem como no prognóstico do paciente com tumor renal.

CLASSIFICAÇÃO E ESTADIAMENTO

A classificação mais elaborada, permite um melhor estadiamento, cujo objetivo final é definir, o mais preciso possível, a situação clínica do paciente, com o fim de obter informações sobre o prognóstico da doença e escolher o tratamento mais apropriado.

O sistema TNM (tumor linfonodo metástase) classifica com maior precisão a magnitude do comprometimento tumoral.

Tabela 1

Classificação dos tumores renais conforme sistema TNM	
TX	O tumor primário não pode ser avaliado
T0	Não há evidência de tumor primário
T1	Tumor até cm limitado ao rim
T2	Tumor até 7 cm limitado ao rim
T3	Tumor estende-se para os grandes vasos ou invade a supra-renal ou os tecidos perinefréticos, mas não além da Gerota.
T3a	Tumor invade a supra-renal ou os tecidos perinefréticos, mas não além da Gerota
Tb	Tumor invade macroscopicamente a veia renal ou veia cava inferior
T4	Tumor invade tecidos além da Gerota
Linfonodos regionais	
NX	Linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Não há metástases para linfonodos regionais
N1	Metástase em um único linfonodo de até 2 cm
N2	Metástase em um único linfonodo, maior que 2 cm, menor que 5 cm, ou múltiplos nodos, nenhum maior que 5 cm
N3	Metástase em um linfonodo maior que 5 cm
Metástase à distância	
MX	Metástase não pode ser avaliada
M0	Ausência de metástase
M1	Metástase à distância

TRATAMENTO

O tratamento adequado, depende particularmente do estágio do tumor. Cerca de 70% dos casos, apresentam-se nos estádios I, II e III e 30%, no estágio IV. A retirada completa da lesão em estágio ainda inicial, é o único tratamento potencialmente curativo existente.

DOENÇA LOCALIZADA

A nefrectomia radical é o tratamento básico para o tumor localizado. Em função da facilidade de acompanhamento desses pacientes e do diagnóstico da doença em fase inicial, nos casos de tumores de até 5 cm localizado no rim, os pacientes são submetidos à nefrectomia parcial. O prognóstico tem-se mostrado ser semelhante àqueles submetidos à nefrectomia radical. É fundamental o acompanhamento rigoroso com TC.

A nefrectomia simples (retirada somente do rim), propicia uma sobrevida de 17-27% em 10 anos. A nefrectomia radical (retirada em bloco do rim, da adrenal, da gordura perirrenal, da fásia de Gerota e a retirada completa dos linfonodos retroperitoneais do hilo renal até a bifurcação da íliaca), aumenta os índices de sobrevida em 10 anos para 38-70%. Seu objetivo é retirar toda a lesão com uma ampla margem de segurança. Estima-se que 10% dos pacientes apresentam-se com micrometástases envolvendo os linfonodos regionais.

DOENÇA DISSEMINADA

Até cerca de 30% dos pacientes podem apresentar-se com doença disseminada na ocasião do diagnóstico do tumor, levando a um pior prognóstico. Nos casos de metástases solitárias ou de múltiplas metástases, acessíveis à remoção cirúrgica, os pacientes são candidatos à nefrectomia radical e à remoção da(s) metástase(s). A nefrectomia radical é uma medida paliativa eficaz em pacientes com hematúria, dor ou síndromes paraneoplásicas.

QUIMIOTERAPIA

O tumor de células renais é um dos tumores sólidos mais resistentes à quimioterapia. Estudos demonstram respostas objetivas parciais em menos de 10% dos pacientes tratados com diferentes agentes, isoladamente ou em associação.

RADIOTERAPIA

O tumor renal é altamente radioresistente. Todavia, a radioterapia tem-se mostrado útil como tratamento

complementar para metástase sintomáticas, principalmente para controle da dor óssea, que ocorre em até 70%.

IMUNOTERAPIA

Estudos com interferon alfa tem demonstrado respostas em torno de 15-20%. A maior atividade antineoplásica se deve a três mecanismos: 1- estímulo da produção de linfócitos citotóxicos (*natural killers*); 2- aumento da antigenicidade das células tumorais, tornando-as mais sensíveis à ação dos diferentes elementos de defesa imunológica e 3- aumento da capacidade citotóxica dos linfócitos efetores. Sua utilização está indicada como complementação do tratamento dos pacientes com doença avançada, em que houve remoção prévia da maioria da população celular neoplásica.

BIBLIOGRAFIA

1. Couillard, D.R. & White, R.W.V. Surgery of renal cell carcinoma. *Urol. Clin. N. Am.*, 20(2): 263, 1993.
2. Novick, A.C. Renal-sparing surgery for renal cell carcinoma. *Urol. Clin. N. Am.*, 20(2): 277, 1993.
3. Franklin, J.R. & deKernion, J.B. Surgical approaches to renal cells. In: Ernstoff, M.S.; Heaney, J.A. and Peschel, R.E. (eds) *Urologic Cancer*. Cambridge, Massachusetts, USA, Blackwell Science, Inc. pp. 409, 1996
4. Denardi, F. Tumor renal. In: Netto Jr. (ed) *Urologia Prática*. São Paulo, Atheneu. pp 195, 1999.