

Carcinoma de células renais com metastização intestinal

A clinical case of renal cell carcinoma with metastasis to the gastrointestinal tract

*Paula Custódio**, *Victor Rocha***, *Pedro Correia****,
*Matilde Gonçalves*****, *Maria José Passos******,
*José Poças******

Resumo

Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 64 anos com uma sobrevida de 5 anos em estadio IV de carcinoma de células renais que, nos últimos meses de evolução, denotou progressão da doença com metastização intestinal, localização rara de disseminação desta neoplasia.

Palavras chave: carcinoma das células renais, α -interferão, eritropoetina

Abstract

The authors present a clinical case of a 64 year old female patient with stage IV renal cell carcinoma. In the final months the tumour metastized to the gastrointestinal tract, an unusual site for renal cell carcinoma metastases.

Key words: renal cell carcinoma, α -INF, alpha interferon, erythropoietin

Introdução

O carcinoma de células renais representa aproximadamente com 3% de todas as neoplasias no mundo¹. Mais de 27.000 novos casos por ano são descritos nos Estados Unidos.

Aqueles que se apresentam no estadio IV têm uma sobrevida média de 18 meses, sendo apenas 2% os que

*Interna do Internato Complementar de Oncologia Médica do Serviço de Oncologia Médica I do Instituto Português de Oncologia de Lisboa

**Assistente Hospitalar especialista em Cirurgia Geral do Serviço de Cirurgia II do Hospital Distrital de Setúbal

***Interno de Cirurgia Geral do Serviço de Cirurgia II do Hospital Distrital de Setúbal

****Assistente Hospitalar especialista em Anatomopatologia do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Distrital de Setúbal

*****Assistente Hospitalar especialista em Oncologia Médica do Serviço de Oncologia Médica do Instituto Português de Oncologia de Lisboa

*****Assistente Hospitalar especialista em Medicina Interna e Infecctologia do Serviço de Medicina II do Hospital Distrital de Setúbal

Recebido para publicação a 24.04.97

alcançam uma sobrevida de 5 anos².

Na procura de uma terapêutica ideal, vários esquemas de quimioterapia foram propostos; no entanto, a quimio-resistência desta neoplasia parece sublinhar-se muito mais do que a sua imunossensibilidade. Estudos recentes repetidamente combinam agentes de quimioterapia de reconhecida actividade citotóxica com modificadores da resposta biológica, no intuito de controlar o latente comportamento auto-imune desta neoplasia, obtendo-se assim melhores taxas de resposta. É o caso do uso dos antimetabolitos específicos de fase, tais como a floxuridina, com marcada melhoria nas taxas de resposta quando combinada com alfa-interferon^{3,4}.

O papel da imunoterapia assume cada vez maior importância, havendo muito a explorar. A este respeito, do uso da interleucina II destacam-se as respostas mais duradouras³. No entanto, na maior parte dos doentes, as respostas são de curta duração e as recaídas ocorrem com frequência, tornando-se imperioso encontrar novas saídas.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, de 65 anos de idade, que procurou a Urgência do Hospital Distrital de Setúbal em Janeiro de 95, com queixas de rectorragias e sintomas de anemia aguda. Duas semanas antes registara-se um episódio de cetoacidose diabética, tratado com insulina durante vários dias. Documentada a ausência de anticorpos anti-ilhéus de Langerhans e auto-anticorpos contra a insulina, o doseamento do peptídeo C foi de 0,16 ng/ml (0,8-4,0), sugerindo diabetes tipo I. Não se registava existência de diabetes mellitus nos seus antecedentes pessoais e/ou familiares, e, desde Agosto de 1994, a doente encontrava-se sob tratamento com alfa-interferon (3MU 3x/semana) perante progressão metastática de carcinoma de células renais.

Nos seus antecedentes pessoais, destacava-se nefrectomia direita por carcinoma de células renais 5 anos antes, tendo-se documentado no ano seguinte o estadio IV, com envolvimento pulmonar. Nesta altura, a primeira abordagem terapêutica constou de administração de interleucina II (Julho 92 - Janeiro de 93) a que se seguiu acetato de megestrol (160 mg/dia) perante progressão da doença pulmonar. Desta terapêutica resultou uma estabilização da doença até Junho de 1994. Nessa altura, a progressão pulmonar ressurgiu com derrame pleural tratado com pleurodese tâlcica em Julho de 94, tendo iniciado imunoterapia com alfa-interferon (3MU 3x/dia), que foi suspensa em Fevereiro de 1995, perante nova metastização pulmonar.

Da avaliação laboratorial ressaltava uma anemia normocítica normocrómica, com Hb de 8,6 gr/100 ml. Devido a hemorragia digestiva baixa, a doente efectuou uma rectosigmoidoscopia que evidenciou presença de sangue vivo para além do alcance do aparelho. A colonos-

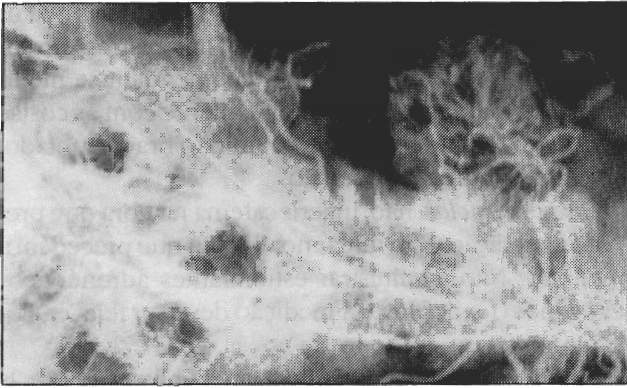


Fig. 1: Angiografia da artéria mesentérica inferior identificando massa hipervascularizada na região do colon sigmoide

copia mostrava, aos 30 cm, uma lesão redonda com hiperemia. A EDA não foi compatível com qualquer sinal de hemorragia activa.

No dia seguinte à admissão em S.O., a doente teve uma rectorragia massiva, que se repercutiu num decréscimo de Hb, para 4,4 gr/dl. Apesar disso, não se constatou instabilidade hemodinâmica e foi possível efectuar uma angiografia da artéria mesentérica após transfusão de concentrado eritrocitário. Este exame revelou a presença de uma massa ao nível do colon sigmoideu no território da artéria mesentérica inferior (Fig. 1). Encaminhada para a Cirurgia, foi ressecado um tumor nodular estenosante do intestino delgado com margem de segurança cirúrgica. No cólon sigmoideu foi feita a ressecção de um segmento que incluía a lesão sangrante descrita. Sob ponto de vista histopatológico, verificou-se a presença de angiodisplasia do cólon sigmóide. Da peça jejunal, o tumor era composto por ninhos de células claras, localizadas na muscularis mucosa e submucosa, achados que foram sugestivos de metástase de carcinoma de células renais (Fig. 2).

O estadiamento da doença após a operação mostrou agravamento da metastização hepática e pulmonar, bem como disseminação óssea com desaparecimento do 3º arco costal. Baseados em recentes dados bibliográficos, tentámos uma terapêutica com eritropoietina por 3 meses, da qual a doente não pareceu obter qualquer benefício.

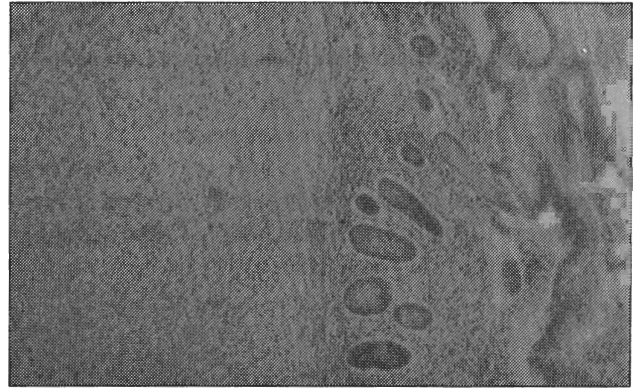


Fig. 2: Ninhos de células claras na muscularis mucosa e submucosa da peça jejunal: a metástase de carcinoma de células renais

Discussão

Este caso, de alguma forma original, junta 4 entidades diagnósticas nunca descritas em associação. A primeira, a diabetes tipo I, reportada como complicação da imunoterapia com alfa-interferon, raramente presente como manifestação isolada de cetoacidose⁵; alguns casos de auto-imunidade específica de órgão ou não, foram descritos como sendo secundários à terapêutica com alfa-interferon⁶. Este mecanismo pôde ser responsável pelo episódio mencionado na nossa doente, se bem que não fossem detectados auto-anticorpos circulantes aquando da sua pesquisa. O segundo aspecto refere-se à metastização no intestino que é altamente infrequente no carcinoma de células renais, tendo sido descrito apenas um caso envolvendo a ampola de Vater⁷. Em terceiro, o local de angiodisplasia. Ocorre mais frequentemente no cólon ascendente sendo caracterizado por vasos dilatados e distorcidos com paredes finas, separados por endotélio vascular. Estas lesões são frequentemente encontradas no cego e cólon ascendente, local onde surpreendentemente não as encontramos⁸. Finalmente, tal como já se referiu, apenas 2% dos doentes sobrevivem 5 ou mais anos.

Apesar de não ter sido bem sucedida, sublinhamos a opção tomada com eritropoietina, numa doente que já havia esgotado praticamente as melhores opções terapêuticas conhecidas, exceptuando a floxuridina, ainda não disponível em Portugal.

Bibliografia

1. CA: Cancer Facts and Figures. American Cancer Society, 1994.
2. Stenzl A, deKernion JB: Pathology, biology, and clinical staging of renal cell carcinoma. *Semin Oncol* 1989;16:3.
3. Dimopoulos MA, Dexeus FH, Jones E, et al: Evidence for additive anti-tumor activity and toxicity for the combination of FUDR and interferon alpha 2 b in patients with metastatic renal cell carcinoma (RCC). *Pro Amer Assoc Cancer Kes* 1991;32:186.
4. Soori G, Schuloff R, Stark J, et al. Phase II trial of continuous infusion Floxuridine and interferon alpha 2 b in advanced renal cancer. A NBSG study. *Proc Amer Soc Clin Oncol* 1993; 12:236.
5. MuraKami M; Tokuji I, M. Mori. Diabetes Mellitus and Interferon-oc Therapy. *Ann Int Med* 1995;123:318.
6. MayetWJ, Hess G, Gerken G, Rossol S, Voth R, Manns M, et al. Treatment of chronic type B hepatitis with recombinant interferon induces autoantibodies not specific for autoimmune chronic hepatitis. *Hepatology*. 1989; 10:24-28.
7. *Gastrointest Endosc* 1990; 36(3):304.
8. Santos JC et al. Angiodysplasia of the colon: Endoscopic diagnosis and treatment. *Br J Surg* 1988;75:256.