

**Alexandre Azevedo Ziomkowski<sup>1</sup>, João Rafael Silva Simões Estrela<sup>1</sup>, Filipe de Sena Souza<sup>1</sup>, Nilo Jorge Carvalho Leão Barretto<sup>2</sup>, Nilo Cesar Leão Barretto de Souza<sup>2</sup>**

1. Residente de Urologia - HSR, RDSL; 2. Preceptor do serviço de Urologia - HSR, RDSL

## Apresentação do Caso

Uma criança de 22 meses, 11,8kg e 86cm, com suspeita de Tumor de Wilms (TW): massa heterogênea na metade inferior do rim direito, parcialmente exofítica, se estendendo até o seio renal, de limites bem definidos, medindo 5,7 x 4,9 cm, descoberta em tomografia de abdomen durante investigação de soluços. Indicada cirurgia minimamente invasiva (CMI) após quimioterapia (QT) pré-operatória. O controle por ressonância magnética mostrou redução da lesão para 4,2 x 3,9 cm (**Fig. 1**).

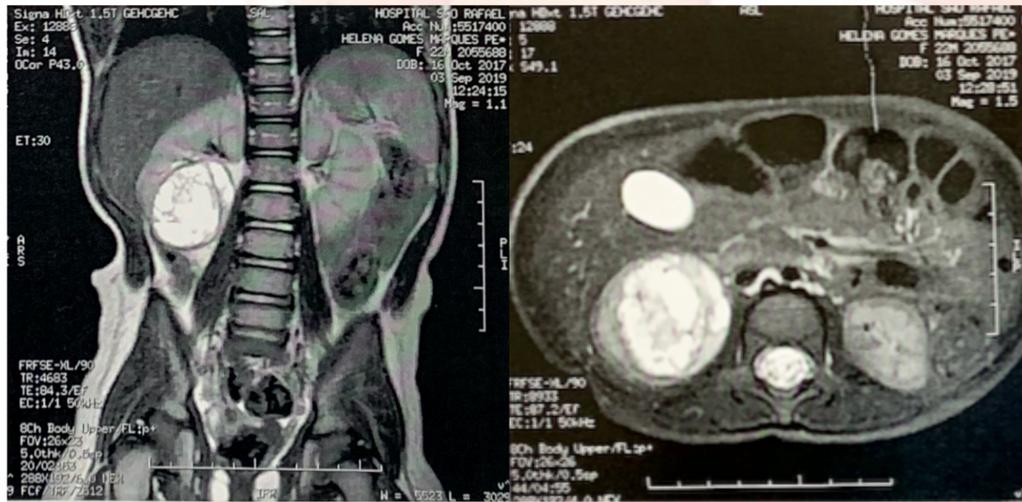


Fig. 1: Ressonância Magnética de controle após quimioterapia neo-adjuvante.

Durante o procedimento, foi adotado decúbito lateral esquerdo, em angulo de 70° à horizontal. Obtidos quatro acessos laparoscópicos: transumbilical de 5mm para ótica e outros três de 3mm em fossa ilíaca, flanco direito e sub-xifóide (**Fig. 2**). Inventário da cavidade sem implantes secundários.

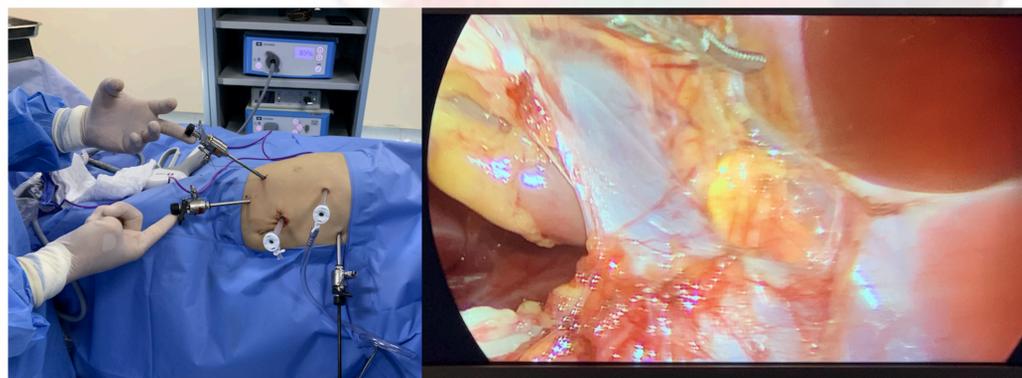


Fig. 2, Fig. 3: Disposição dos trocadores e imagem da laparoscopia com exposição do hilo renal, veia renal em sua inserção na veia cava em primeiro plano.

Dissecado hilo renal (**Fig. 3**) seguido da ligadura e secção da artéria e veia renal direita, bem como do ureter. Realizada linfadenectomia pericaval. Retirada peça cirúrgica íntegra pelo flanco direito com auxílio de extrator laparoscópico. Alta em 24h sem intercorrências. O estudo anátomo-patológico revelou tumor de 3,6 x 2,5 x 2,5cm, pesando 72g. À microscopia, observou-se neoplasia unifocal encapsulada, com diferenciação mesenquimal cartilaginosa focal. Estruturas adjacentes livres de neoplasia. Classe de risco intermediário, conforme Children's Oncology Group. Imuno-histoquímica positivou imunomarcadores WT-1 e Ki-67, confirmando TW.

## Discussão

O acesso cirúrgico tradicional para ressecção do TW é a incisão de Chevron, associada a maior uso de analgésicos e maior tempo de internação (1). A CMI oferece benefícios nesses aspectos, e também facilita a inspeção da cavidade, pelo grau de aumento conferido pela ótica. Recomenda-se CMI para tumores menores que 10 cm, porém não há limite superior estabelecido. Sugere-se razão entre o tamanho do tumor e da criança inferior a 0,1 (2). A QT pré-operatória está associada a menor risco de rotura do tumor pela formação de pseudo-cápsula, e da redução de suas dimensões(3). A técnica aberta supera a CMI na abordagem de tumores maiores, permitindo maior dissecação linfonodal. As taxas de recorrência são similares, não demonstrando inferioridade da CMI (4).

## Comentários Finais

O tamanho, o peso, e a razão entre as dimensões do tumor e do paciente devem ser avaliados ao considerar a CMI, mas a segurança do cirurgião com cada método parece ser o fator mais relevante na escolha da abordagem. A revisão bibliográfica desta publicação não identificou um paciente menor submetido ao mesmo tipo de abordagem na América Latina.

**Palavras-Chave:** Câncer de Rim; Cirurgia Minimamente Invasiva; Cirurgia Urológica Pediátrica

## Referências

1. Barbancho et. al. Laparoscopic Approach for Wilms Tumor. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2014;24:22–25
2. Barber T. D. et. al. Prechemotherapy Laparoscopic Nephrectomy for Wilm's Tumor. *Journal of Pediatric Urology* 2009;5:416-419
3. Bouty A. et. al. What is the risk of local recurrence after laparoscopic transperitoneal radical nephrectomy in children with Wilms tumours? Analysis of a local series and review of the literature. *Journal of Pediatric Urology* (2018), doi: 10.1016/j.jpuro.2018.03.016.
4. Duarte R. J. et. al. Further experience with laparoscopic Nephrectomy for Wilms' Tumour after chemotherapy *BJU Int* 2006; 98: 155–9