

INTRODUÇÃO

O carcinoma urotelial do trato urinário superior, particularmente da pelve renal, é uma doença rara, representando de 5% a 10% das neoplasias uroteliais.

O tratamento cirúrgico convencional é a nefroureterectomia com excisão do cuff vesical. A abordagem radical, no entanto, é associada a alta morbidade e aumento do risco cardiovascular dos doentes a longo prazo.

Contudo, atualmente foram desenvolvidas técnicas minimamente invasivas, que são indicadas para tumores específicos, tentando minimizar a agressividade do tratamento com nefroureterectomia.

MÉTODO E OBJETIVO

Devido à escassez de dados na literatura sobre o TMI de pacientes portadores de carcinoma urotelial do trato urinário superior, revisamos a literatura disponível nos últimos 10 anos sobre o tema. Analisamos informações sobre diagnóstico, estadiamento e tratamento minimamente invasivo do carcinoma urotelial do trato urinário superior, bem como o prognóstico de pacientes submetidos a esse método terapêutico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O carcinoma urotelial é uma neoplasia rara, de difícil diagnóstico e de tratamento bastante desafiador. Apresenta-se mais comumente de maneira assintomática, podendo manifestar-se por hematúria micro ou macroscópica, dor em flanco e massa em região lombar. Sintomas sistêmicos estão associados a forma metastática da doença.

O exame de imagem padrão-ouro para diagnóstico e estadiamento é a tomografia computadorizada urográfica (Figura 1), com sensibilidade de 63-100% e especificidade de 93-99%, sendo a confirmação feita por biópsia ureterorenoscópica. A baixa acurácia dos exames, seja para o diagnóstico ou estadiamento, associado às informações escassas sobre o tema na literatura, frequentemente corroboram para adoção de táticas cirúrgicas agressivas.



Figura 1 - Imagens tomográficas evidenciando espessamento nodular do urotélio em topografia da junção ureteropélvica à direita.

Classicamente, o TMI está indicado nos casos de tumores bilaterais, rim único ou insuficiência renal avançada. Entretanto, os trabalhos mais recentes evidenciaram não haver comprometimento dos resultados oncológicos para tumores de baixo risco (Figura 2) com a vantagem de preservar a função renal.

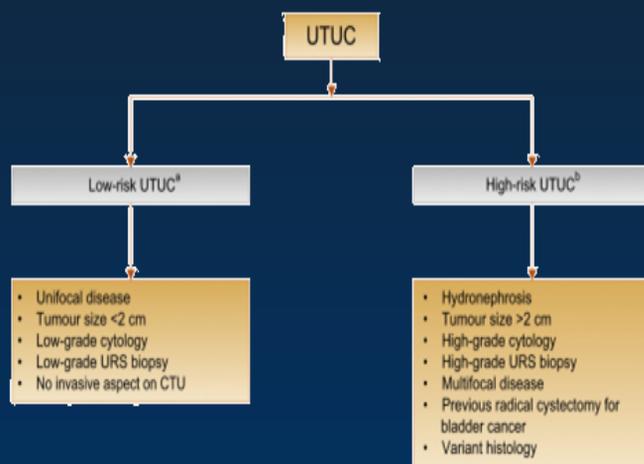


Figura 2 – Estratificação de risco UTUC. a = todos fatores devem estar presentes. b = qualquer dos fatores presente. Fonte: EAU Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2017 Update

Para os tumores de alto risco, a nefroureterectomia aberta com excisão do cuff vesical se mantém como o tratamento padrão-ouro. Terapias adjuvantes seguem com papel pouco definido na literatura atual.

Em tumores de baixo risco, o tratamento minimamente invasivo (TMI) pode ser indicado. Para tumores em ureter, a ressecção da lesão pode ser realizada através de ureterectomia segmentar ou utilizando-se laser por ureteroscopia retrógrada. Já nos tumores intrarenais, além da abordagem com uroteroscopia, tem-se a opção de acesso percutâneo com ressecção através de resectoscópio e alça.

CONCLUSÃO

O Tratamento Minimamente Invasivo para Carcinoma Urotelial do Trato Urinário Superior é capaz de garantir um tratamento oncológico seguro, com o benefício de não comprometer a função renal dos doentes a longo prazo. Entretanto, mais estudos prospectivos e de longo prazo ainda são necessários para validar este tipo de abordagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Roupret M, et al. EAU guidelines on upper urinary tract urothelial cellcarcinoma: 2015 update. Eur Urol 2015
2. Seisen T, et al. Oncologic Outcomes of Kidney-sparing Surgery Versus Radical Nephroureterectomy for Upper Tract Urothelial Carcinoma: A Systematic Review by the EAU Non- muscle Invasive Bladder Cancer Guidelines Panel. Eur Urol. 2016
3. Capitanio U, et al. Nephron-sparing techniques independently decrease the risk of cardiovascular events relative to radical nephrectomy in patients with T1a-T1b renal mass and normal preoperative renal function. Eur Urol 2015;67:683-9.
4. Rouprêt M, et al. "EAU Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2020 Update" Eur Urol. 2021 Jan;79(1):62-79.