

Recidiva em Rim Contralateral de Tumor de Wilms: um Relato de Caso

Rebecca Luguera Copin Tenório¹, Maria Piza¹, Maria Luisa Borsato¹, Paula Bruniera¹, Maria Manoela Colombini Carrascosa¹, Carla Venância Aguilar Santos¹, Ana Carolina Villas Boas Villela Rossi¹.

¹Santa Casa de São Paulo, São Pulo – SP.

E-mail para contato: rebecca_luguera@hotmail.com



II CONGRESSO
INTERNACIONAL
DE ONCOLOGIA
PEDIÁTRICA

GRAACC



Introdução

O Tumor de Wilms é a neoplasia renal mais comum na infância, com 95% dos casos ocorrendo em crianças menores de 10 anos. A taxa de sobrevida é elevada, de aproximadamente 90% nos primeiros cinco anos após o diagnóstico. No entanto, recidivas tumorais podem ocorrer, sobretudo nos primeiros dois anos de tratamento, com cerca de 1% dos casos manifestando-se no rim contralateral.

Relato de Caso

Paciente, sexo feminino, atualmente com 4 anos, apresentou aos 16 meses um abaulamento em flanco esquerdo que ultrapassava a linha média, com aumento significativo no último mês. A tomografia revelou duas massas sólidas no rim esquerdo, medindo 10x10x9,3 cm e 4,4x4,1x4 cm, sugerindo Tumor de Wilms, sem alterações no rim contralateral ou metástases. Foi iniciada quimioterapia de acordo com o protocolo SIOP, utilizando vincristina e dactinomicina por 6 ciclos, seguida por nefrectomia e ureterectomia. Anatomopatológico revelou tumoração trifásica: epitelial (50%), mesenquimal (40%) e blastêmico (10%), com cápsula íntegra, ausência de invasão angiolinfática (estádio I de risco intermediário) e sem necrose tumoral, com margens cirúrgicas livres.

Após 32 meses, uma nova massa surgiu no flanco direito, medindo 10,5x10x9,5 cm na tomografia abdominal, novamente sugestiva de Tumor de Wilms, além de nódulos sólidos de 2,8 cm no retroperitônio. Foi reiniciada a quimioterapia com vincristina, actinomicina e doxorrubicina por 6 ciclos. Após a quimioterapia, realizou-se uma heminefrectomia direita, cujo exame anatomopatológico mostrou componentes epiteliais (15%), mesenquimais (15%) e blastêmicos (70%), com histologia anaplásica, infiltração angiolinfática, margem cirúrgica comprometida e necrose inferior a 10% (estádio III de alto risco). Após a nefrectomia, a paciente reiniciou a quimioterapia enquanto aguardava a radioterapia. No entanto, exames de controle revelaram novo crescimento tumoral, impossibilitando a realização da radioterapia no momento.

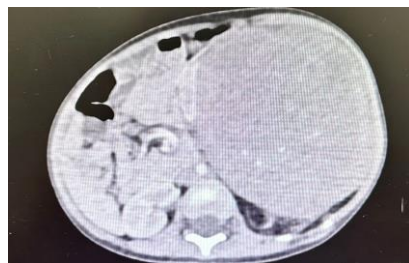


Imagem 1: massa tumoral primária em rim esquerdo (fonte: arquivo pessoal).

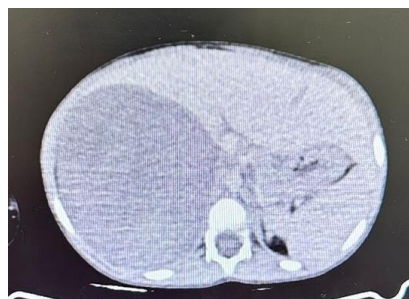


Imagem 2: recidiva em rim contralateral (fonte: arquivo pessoal).

Discussão

A recorrência do Tumor de Wilms não é incomum, afetando 15% dos pacientes com histologia tumoral favorável e 50% daqueles com fatores de risco, como histologia desfavorável, estadiamentos avançados, presença de certos marcadores tumorais e idade acima de 2 anos no momento do diagnóstico. Dentre os casos de recorrência, 95% ocorrem nos primeiros 2 anos após o diagnóstico, comumente afetando pulmões, enquanto apenas 1% dos casos se manifesta no rim contralateral. Além dos fatores de risco já citados, a presença de restos nefrogênicos no rim inicialmente afetado está significativamente relacionado à ocorrência de recidiva contralateral.

Estudos ainda mostram que casos inicialmente tratados apenas com vincristina e dactinomicina, apresentam um prognóstico mais favorável para tratamento da recidiva, em comparação aos casos que recebem tratamento mais agressivo, incluindo radioterapia já no tumor primário.

O manejo do paciente com tumor metacrônico em rim contralateral inclui obrigatoriamente quimioterapia pré operatória (tanto no protocolo SIOP quanto no COG), visando a diminuição do tumor e a máxima preservação do parênquima renal e sua funcionalidade, evitando-se assim a necessidade de hemodiálise e transplante renal.

Conclusão

A recidiva tumoral em pacientes com tumor de Wilms ocorre em até 15% dos casos, porém em apenas 1% há o aparecimento de um tumor no rim contralateral. Assim, devido à elevada taxa de recidiva, é destacada a importância do acompanhamento longitudinal desses pacientes, com exames de rotina para a detecção de novas massas, como radiografia de tórax e ultrassonografia abdominal. O intervalo entre os exames e o tempo de acompanhamento dependerão dos fatores de risco apresentados pelo paciente, como a presença de restos nefrogênicos ou síndromes genéticas associadas.

