

Aspectos anatomopatológicos das neoplasias malignas renais

Anatomopathological aspects of malignant renal neoplasms

DOI:10.34117/bjdv8n12-220

Recebimento dos originais: 14/11/2022

Aceitação para publicação: 20/12/2022

Isabella Maria Figueiredo Tuma da Ponte

Graduação em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Endereço: Av. Alm. Barroso, N°3775, Souza, Belém - PA, CEP: 66613-903

E-mail: bellatuma@hotmail.com

Grace Kelly dos Santos Guimarães

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Endereço: Avenida Plácido de Castro, 1399, Aparecida, Santarém - PA,

CEP: 68040-090

E-mail: gkelysguimaraes@gmail.com

Cristiano Raiter Júnior

Graduado em Medicina

Instituição: Santa pela Casa do Rio Grande, Rio Grande

Endereço: R. Gen. Osório, 625, Centro, Rio Grande - RS, CEP: 96200-400

E-mail: juniorraiter@hotmail.com

Jordanne Duarte Passos

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Endereço: Avenida Comodoro Estácio Brígido, 2800, Engenheiro Luciano Cavalcante,

Fortaleza - CE

E-mail: jordanne-duarte@hotmail.com

Maria Sílvia Prestes Pedrosa

Graduação em Medicina

Instituição: Universidade Nilton Lins

Endereço: Parque das Laranjeiras, Av. Prof. Nilton Lins, 3259, Flores, Manaus - AM,

CEP: 69058-030

E-mail: msprestespedrosa@gmail.com

Olívia Maria Machado Andrade Moura

Graduação em Medicina

Instituição: Universidade CEUMA - Campus Renascença

Endereço: Rua Josué Montello, N° 1, Renascença II, São Luis – MA, CEP: 65075-120

E-mail: oliviamam@yahoo.com.br

Matheus Bezerra Camelo Leite

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA)

Endereço: Rua Gentil Barreiras, 628, Crateus - CE

E-mail: matheus.bez@hotmail.com

Thaís Valadares Nolêto Damasceno

Graduação em Medicina

Instituição: Centro Universitário Imepac - MG

Endereço: Av. Minas Gerais, 1889, Centro, Araguari - MG, CEP: 38444-128

E-mail: thaisvnd@hotmail.com

Gabriela Alves Louzada Flávio

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia

Endereço: Rua Itu Esq. c/ Rua Tapajós, Edifício B&B Business, Torre Company

E-mail: gabrielalouzada3@gmail.com

Marcos Phellype de Souza Kussler

Graduação em Medicina

Instituição: Fundación Barceló - Sede La Rioja

Endereço: Benjamin Matienzo, 3177, F5300, La Rioja, Argentina

E-mail: Souzaphellype@icloud.com

Guilherme Ricardo Nunes Silva

Residente de Urologia

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Endereço: Rua Cláudio Manoel da Costa, 265, Jardim Vergueiro, Sorocaba - SP

E-mail: guilherme.r.n.silva@gmail.com

Thiago Nominato Marques

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

(UFVJM) - Campus Diamantina

Endereço: Km 583, Nº 5000, Alto da Jacuba, Diamantina -MG, CEP: 39100-000

E-mail: thiagonmarques27@gmail.com

Judicléia Marinho da Silva

Mestre em Gestão e Economia da Saúde

Instituição: Instituto Federal de Pernambuco

Endereço: Av. Sebastião Rodrigues da Costa, S/N, São Pedro, Belo Jardim - PE,

CEP: 55145-065

E-mail: judicleia.silva@belojardim.ifpe.edu.br

Matheus Camargo Cunha

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ)

Endereço: R. Francisco Teles, 250, Vila Arens II, Jundiaí - SP, CEP: 13202-550

E-mail: camargmatheus@gmail.com

Felipe Luis Maders

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

Endereço: Av. Farroupilha, 8001, São José, Canoas - RS, CEP: 92425-020

E-mail: felipemaders.fm@gmail.com

Rafael da Rosa Wassler

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Endereço: R. Sarmento Leite, 245, Centro Histórico, Porto Alegre - RS,

CEP: 90050-170

E-mail: rafawassler@gmail.com

Luiz Augusto Germano Borges

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida

Endereço: R. 1028, N°193, St. Pedro Ludovico Goiânia - GO

E-mail: luizgermano14@hotmail.com

Ana Dalmar Barros das Neves Gomes

Graduação em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Endereço: R. Gomes Carneiro, 01, Balsa, Pelotas Pelotas - RS, CEP: 96010-610

E-mail: andbng@gmail.com

Danilo de Brito Campos

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade Integral Diferencial (FACID) - PI

Endereço: R. Veterinário Bugyja Brito, 1354, Horto, Teresina - PI, CEP: 64052-410

E-mail: drdanilobrito@gmail.com

Luís Otávio Zatorre Fileno

Graduação em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Paraná

Endereço: Rua Padre Camargo, 285, Curitiba – PR, CEP: 80060-240

E-mail: luis.zatorre@gmail.com

Leandro Westphal

Graduado em Medicina

Instituição: Universidad Maria Auxiliadora (UMAX)

Endereço: QF76+5VJ, Assunción, Paraguai

E-mail: drleandrowe@gmail.com

Alexander Higuchi

Graduado em Medicina

Instituição: Fundação Hospital Estadual do Acre

Endereço: Via Verde, 2224, Distrito Industrial, Rio Branco - AC, CEP: 69917-650

E-mail: alexander.higuchi@gmail.com

Maite Guerra Dominguez

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Endereço: Rua Edu Viegas da Silva, 184, Ipiranga, Sapucaia do Sul

E-mail: maiteguerra1985@gmail.com

Gilberto José de Brito Melo Escorcio

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário Uninovafapi

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Uruguai, Teresina - PI,

CEP: 6407-350

E-mail: gilbertoescorcio.adv@gmail.com

Mirna Karine de Brito Melo Escórcio

Graduação em Medicina

Instituição: Centro Universitário Uninovafapi

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123, Uruguai, Teresina - PI,

CEP: 6407-350

E-mail: mirnaescorcio7@gmail.com

Antonio José Araujo de Lima

Residência Médica em Cirurgia Geral

Instituição: Santa Casa de Alfenas

Endereço: Rua Ademar Douat, 32, jardim Aeroporto, Alfenas - MG

E-mail: bioajal@hotmail.com

Alicia Arioli Mauro

Graduação em Medicina

Instituição: Centro Universitario Barão de Mauá

Endereço: Rua Carlos Chagas, 1015, Ribeirão Preto – SP, Jardim Paulista

E-mail: alicia_arioli@hotmail.com

Talyssa Junqueira Arantes

Residente em Área Cirúrgica Básica

Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Endereço: SMHN, Quadra 3, Conjunto A, Bloco 01, Edifício Fepecs, SMHN, Conjunto A, Bloco 01, Edifício Fepecs, Asa Norte, Brasília - DF, CEP: 70710-907

E-mail: talyssa_junqueira@hotmail.com

Antonino Caetano de Souza Netto

Residente em Área Cirúrgica Básica

Instituição: Hospital de Base de Brasília

Endereço: SMHS, Área Especial, Q. 101, Asa Sul, Brasília - DF, CEP: 70330-150

E-mail: drantonitonetto@gmail.com

Alvim João Faust

Graduação em Medicina

Instituição: Universidade Maria Auxiliadora

Endereço: QF76+5VJ, Assunción, Paraguai

E-mail: alvimfaust@gmail.com

Thales Corrêa Leite Oba

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) - Campus
Pantanal de Três Lagoas

Endereço: Av. Ranulpho Marques Leal, 3484, Três Lagoas – MS, CEP: 79613-000
E-mail: thales_oba@hotmail.com

Malu de Aquino Almeida

Graduação em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Endereço: Travessa Vileta, 1289, Belém - PA

E-mail: malualmeida98@hotmail.com

Pollyana Mayara Queiroz

Graduação em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser (UNIFAN)

Endereço: Av. Bela Vista, 26, Jardim Esmeraldas, Goiânia - GO, CEP: 74905-020

E-mail: pollyanamqmed@gmail.com

Thaynara Virginia Duarte

Graduação em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser

Endereço: Av. Bela Vista, 26, Jardim Esmeraldas, Goiânia - GO, CEP: 74905-020

E-mail: thaynaravduarte98@gmail.com

Hiury Portilho Fraga

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Formosa

Endereço: Av. Brasília, 2016, St – Formosinha, CEP: 73813-011

E-mail: hiury214@gmail.com

Jainy Leite de Andrade Ribeiro

Graduada em Medicina

Instituição: Faculdade de Alfredo Nasser

Endereço: Rua t27, Setor Bueno, Número 1500, Edifício Persona Bueno,
CEP: 74210-030

E-mail: jainyribeiro01@gmail.com

Henrique Assis de Oliveira Júnior

Graduação em Medicina

Instituição: Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)

Endereço: R. São Miguel, 97, Itapoã, Belo Horizonte - MG, CEP: 31710-350

E-mail: henriqueassis12@gmail.com

Michael Kevin Nascimento Becker

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) - Campina Grande

Endereço: R. Aprígio Veloso, 882, Universitário - PB, CEP: 58429-900

E-mail: michaelkevinb@gmail.com

Maria Carolina Almeida Silva Siqueira

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário Unifacisa

Endereço: R. Manoel Cardoso Palhano, 124-152, Itararé, Campina Grande - PB,

CEP: 58408-326

E-mail: carolina.a.s.siqueira@gmail.com

RESUMO

As neoplasias renais correspondem ao crescimento exacerbado de células tumorais no interior dos rins, classificadas como benignas ou malignas. Neste estudo será abordado sobre as neoplasias malignas renais, a qual correspondem a maior prevalência e são representadas pelo carcinoma de células renais e o tumor de Wilms, com a finalidade de descrever a respeito dos aspectos anatomopatológicos, disseminando informações para o diagnóstico e manejo precoce. O carcinoma de células renais é mais prevalente no sexo masculino, indivíduos mais velhos, geralmente assintomático, contribuindo para o diagnóstico tardio junto a existência de metástases e terapêutica irresponsiva. Não se trata de uma doença genética, sendo o caráter esporádico o predominante, neste contexto os fatores de risco, sobretudo o tabagismo em seguida de obesidade hemodiálise e doenças genéticas são potenciais desencadeantes da enfermidade. Os exames complementares associado a clínica, junto ao acompanhamento eleva a possibilidade de identificação antes de avanços metastáticos. O tumor de Wilms é típico de crianças, acometendo um ou ambos os rins, normalmente com alguma anomalia genética, sendo os sinais inespecíficos, mas sempre manifestando massa palpável e dor abdominal, a qual os métodos de imagem confirmam o diagnóstico e estimam o prognóstico deste. Neste contexto, elucidada-se a transcendência que os aspectos anatomopatológicos das neoplasias malignas renais oferecem para a diagnose precoce, devido a escassez e inespecificidade das manifestações clínicas. Logo, a junção do perfil de cada neoplasia abordado conduz ao manejo adequado e reduz a incidência de tratamentos agressivos e irresponsivos.

Palavras-chave: neoplasias, metástase, tumor de wilms, carcinoma de células renais.

ABSTRACT

Renal neoplasms correspond to the exacerbated growth of tumor cells inside the kidneys, classified as benign or malignant. This study will address malignant renal neoplasms, which correspond to the highest prevalence and are represented by renal cell carcinoma and Wilms' tumor, in order to describe the anatomopathological aspects, disseminating information for early diagnosis and management. Renal cell carcinoma is more prevalent in males, older individuals, generally asymptomatic, contributing to late diagnosis along with the existence of metastases and unresponsive therapy. It is not a genetic disease, the sporadic character being predominant, in this context the risk factors, especially smoking followed by obesity, hemodialysis and genetic diseases are potential triggers of the disease. Complementary exams associated with the clinic, along with follow-up, increase the possibility of identifying before metastatic advances. Wilms tumor is typical of children, affecting one or both kidneys, usually with some genetic anomaly, the signs being nonspecific, but always manifesting a palpable mass and abdominal pain, which imaging methods confirm the diagnosis and estimate the prognosis of this. In this context, the significance that the anatomopathological aspects of malignant renal neoplasms offer for early diagnosis is elucidated, due to the scarcity and lack of specificity of clinical manifestations. Therefore, the combination of the profile of each neoplasm addressed

leads to adequate management and reduces the incidence of aggressive and unresponsive treatments.

Keywords: neoplasms, metastasis, wilms tumor, renal cell carcinoma.

1 INTRODUÇÃO

O termo neoplasia corresponde a multiplicação descontrolada de tecido anômalo, a qual pode ser classificada como benigna ou maligna, ou seja o primeiro não é tão potencial em resultar em metástases, que condiz a migração por via sanguínea ou linfática de produtos patológicos para órgãos adjacentes e pior desfecho clínico para o portador. As neoplasias renais correspondem ao terceiro acometimento mais comum do sistema geniturinário, sendo as neoplasias malignas renais equivalentes a 85% das incidências, representadas pelo carcinoma de células renais e o tumor de wilms (CHANDRASEKAR, 2021).

As neoplasias malignas renais, também conhecidas como adenocarcinoma renal, poucas vezes se confinam ao rim, sendo potenciais em evoluir para metástases. Tal fato, exponencia a importância no conhecimento do perfil anatomopatológico que estas manifestam para realizar a confirmação do diagnóstico, a diferenciar de demais condições e o manejo adequado (CHANDRASEKAR, 2016).

O seguinte artigo objetivou descrever os aspectos anatomopatológicos, disseminando informações cruciais para os profissionais de saúde,

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, elaborado para abordar sobre os aspectos anatomopatológicos das neoplasias malignas renais. É composta por uma análise ampla da literatura, e com uma metodologia rigorosa e replicável ao nível de reprodução de dados e questões quantitativas para resoluções específicas. Ressaltando, que esta opção é fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre a temática específica, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas na literatura escolhida. Por ser uma análise bibliográfica a respeito de uma abordagem geral sobre as neoplasias malignas renais, foram recuperados artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Librayr Online (SciELO), Periódicos Capes, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE, Google Acadêmico, Sociedade Brasileira de Nefrologia, LILACS, Cochrane Library, Centro de Informação de Recursos Educacionais (ERIC)

e demais literaturas referentes a patologia, durante o mês de setembro de 2022, tendo o como período de referência os últimos 5 anos. Foram empregados os termos de indexação ou descritores tumor, carcinoma, neoplasias e lesões renais isolados e de forma combinada. O critério utilizado para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona à doença pulmonar obstrutiva crônica com aspectos vinculados às repercussões que estes podem acarretar. Os artigos descartados não apresentavam o critério de inclusão estabelecida e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações recuperadas em mais de uma das bases de dados. Também foram excluídas dissertações e teses. Após terem sido restauradas as informações alvo, foi conduzida, inicialmente, a leitura dos títulos e resumos, junto de intensa exclusão de publicações nessa etapa. Posteriormente, foi feita a leitura completa dos 31 textos. Como eixos de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades da amostragem, agrupando aqueles cujas amostras são referentes a fisiopatologia e a associação com as manifestações clínicas, critérios diagnósticos e aqueles cujas amostras são sobre a terapêutica e os impactos que a doença gera além do âmbito da saúde. A partir daí, prosseguiu-se com a análise da fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação dos caracteres gerais dos artigos, tais como ano de publicação e língua, seguido de seus objetivos. Por fim, realizou-se a apreciação da metodologia aplicada, resultados obtidos e discussão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O carcinoma de células renais compõe a neoplasia maligna mais comum, representando cerca de 75 a 80% de acometimento nos adultos, com predominância no sexo masculino, na faixa etária compreendida entre os 50 e 70 anos, auge na sexta década de vida e em algumas situações acometendo mais os negros (CHANDRASEKAR, 2021).

A malignidade se enquadra em esporádica ou familiar, destacando que existem fatores de risco evidentes para a origem deste, tendo como destaque o tabagismo, devido a ocorrência dobrada em tabagistas. Em seguida, a hipertensão arterial, obesidade, decadência da função renal; exposição a vírus, cádmio, arsenicais, elementos contendo chumbo, estrógenos, asbesto e hidrocarbonetos aromáticos são potenciais de risco (RAVAUD, 2016).

A síndrome de von Hippel-Lindau está associada a este carcinoma, enquadrada no caráter familiar, ou seja propagada por genética autossômica dominante, acometendo

pacientes jovens. Caracteriza-se por ser bilateral, múltiplo, relacionado com cistos, aparece antecipadamente e culmina em mortalidade em um terço dos portadores. A anomalia genômica envolvida neste contexto é a inatividade do gene supressor de tumor VHL (von Hippel-Lindau), a qual produz o composto protéico denominado complexo de ubiquitina, essencial para deteriorar as proteínas celulares. Esse déficit permite que as proteínas envolvidas na multiplicação celular e na angiogênese permaneçam íntegras e em maior circulação, favorecendo a carcinogênese (CHANDRASEKAR, 2021).

Macroscopicamente, os carcinomas de células renais se apresentam em cerca de 0,5 a 1,5 das incidências como bilaterais, menos de 5% são multicêntricos. O aspecto morfológico costuma ser esférico ou ovoide, com diversos tamanhos, alcançando até 30 cm de diâmetro acompanhado por saliência na superfície renal. Ao ser repartido mostra cor amarela ou branco-acinzentada, possivelmente com focos hemorrágicos e necróticos. A existência de concavidades císticas e calcificações, nas tumorações diminutas, são originados pseudo cápsulas ou uma cápsula fibrosa, em estágios crônicos, a contusão pode se infiltrar e desfigurar os cálices e a pelve, dominando o ureter e grande suscetibilidade a invadir para a veia renal (CHANDRASEKAR, 2021).

4 CLASSIFICAÇÃO

Carcinoma de células claras representa a mais incidente, equivalente a 70% dos acometimentos. Majoritadamente, o tumor costuma ser esporádico, e a minoria correlacionada á síndrome de von Hippel-Lindau (RAVAUD, 2016).

Independente da classificação, ou seja esporádico ou familiar, ocorre a aniquilação de uma sequência genômica no braço curto do cromossomo 3 (-3p). As células se exibem colunares, cuboides ou poligonais, contendo citoplasma claro ou agranular e glicogênio e lipídios, justificando a coloração dourada ao tumor. A estruturação arquitetural é acinar, alveolar, tubular, em diminutos cistos ou cordões sólidos, envoltos por fina rede capilar e fibras reticulares. Os núcleos são globosos e uniformes, incomum mas podem ter núcleos. Por volta, de 5% dos CCR do tipo células claras se baseiam no modelo multilocular cístico, prognóstico positivo em equiparação ao CCR da forma tipo células claras clássica. Na perspectiva imuno-histoquímica a mais coerente a expressão de ceratinas (CK) de leve peso molecular, dos tipos 8, 18 e 19, EMA e vimentina, raro ser reativo para o CD10 e proteínas S-100 (FILHO, 2016).

A classe papilar incide em torno de 15% e possivelmente coincidir com o adenoma papilar, coeso com multicentricidade e bilateralidade. A mutação mais frequente é a

trissomia do cromossomo 7. A tonalidade permuta para cinza, marro avermelhado ou amarelo, de acordo com o nível de macrófagos com lipídios e/ou hemossiderina. As células neoplásicas expostas ao redor do eixo fibrovascular culminando em papilas podem ser fragmentadas em duplas, a qual o tipo 1 acomete dois terços dos casos, são diminutas e basófilas (glóbulos brancos do sangue e linfa) e o tipo 2 que são grandes e acidófilas (leucócitos que se coram com corantes ácidos). A importância clínica em distingui-las ocorre pelo prognóstico positivo do tipo 1. A descrição imuno-histoquímica também é positiva para o CK7, principalmente no tipo 1 (FILHO, 2016).

O modelo de CCR cromóforas é o mais raro, retratado por 5% das ocorrências, tom amarelo-pálida/marrom, evocando o oncocitoma, sendo muito desafiador efetivar a diagnose diferencial, justificado pela semelhança na derivação de células intercalares dos ductos coletores. Sendo articulado a aniquilação cromossômica. As células são classificadas em eosinófilas, oncócitos ou vegetais e citoplasma translúcido ou acidófilo, junto de halo claro, trabéculas e septos, raro ocorrer túbulos. O tipo cromóforo é o que possui maior estimativa otimista, quando equiparado aos de células claras e papilar. No exame de imunocitoquímica, há positividade para CK 7, sendo negativo para vimentina e ceratinas de alto peso molecular (FILHO, 2016).

Os carcinomas de células renais possivelmente apresentam regiões de diferenciação denominado aspecto rabdoide, contendo células volumosas e núcleo excêntrico (deslocado do centro), nucléolo marcante, citoplasma com inclusões acidófilas. E também, o aspecto sarcomatoide, baseado em células fusiformes (alongadas, com extremidades delgadas), atípicas constantes, alto percentual mitótico e pleomorfismo, raro apresentar células grandes. A relevância na identificação destes padrões é comprovada pelo fato das lesões a dispõem elevada predisposição a condição de invasão e metástase (FILHO, 2016).

O crescimento locorregional, ou seja a expansão ao redor do mesmo local de origem ou envolver os órgãos próximos, origina-se de início com a infiltração da cápsula renal e tecido adiposo perirrenal, possivelmente acendendo aos órgãos adjacentes (pâncreas, cólon, suprarrenais). É característica clássica do carcinoma renal, a invasão intravascular, estimando que mais da metade dos diagnósticos manifestam a expansão tumoral dentro da veia renal, possivelmente se amplificando para a veia cava. Porcentagem considerável, coincide com metástase, sendo estas mais ocorrentes por via hematogênica, culminando em maior comprometimento pulmonar, seguido pelos ossos e

fígado, mais incomum afetar as suprarrenais, cérebro e rim oposto. A forma mais precoce se dá pelos linfonodos regionais (CHANDRASEKAR, 2021).

5 GRADUAÇÃO NUCLEAR DE FURHMAN

A repercussão estimada desta classificação, é vista principalmente nos CCR de células claras e papilar, mas não dá mesma forma para o tipo cromóforas. Neste contexto, é destacado a projeção nucleolar. Logo, são separadas em: grau 1) sendo o núcleo inferior a 10um, circulares, cromatina densa, nucléolo inconspícuo; grau 2) núcleo globoso com cerca de 15 um, cromatina delgadamente granular e diminuto nucléolo, invisível na ampliação objetiva ; grau 3): o núcleo arredondado ou oval, com até 20 um, cromatina espessa e nucléolo nítido evidente; o grau 4): o núcleo é pleomórfico ou multilobulado, com mais de 20 um de cromatina aberta, hipercromática e macronúcleo, ressaltando que as porções do tipo sarcomatoide ou rabdoide são típicas deste estágio (MUGLIA, 2016).

6 ASPECTOS CLÍNICOS

É corriqueiro na clínica médica que o CCR seja livre de sintomalogias durante longo intervalo de tempo. As aparições sintomatológicas surgem geralmente mediante estágio tumoral avançado, representadas por dor, massa palpável e hematúria, sendo alto indicador da existência de metástases. A hematúria é arrastada, sendo produto da ocupação do sistema coletor e/ou da circulação intrarrenal; a dor também é tardia, incessante e associada ao entorse da cápsula renal e torção dos anexos perirrenais. A existência de massa tocável é vista em cerca de um terço das Incidências e corresponde a câncer em estágio evoluído Estima-se que por volta de 30% dos acometimentos iniciam o quadro clínico fora dos rins e respectivos com metástases (MUGLIA, 2015).

É corriqueiro de atípicas clínicas como a febre, definhamento, fadiga, hipertensão arterial, ginecomastia, hepatoesplenomegalia, desordens digestivas e neuromusculares, pouco relacionados a metástases, junto de variantes laboratoriais exemplificadas pela policitemia por alta liberação de eritropoetina, hipercalemia, alto índice de eritrossedimentação, leucocitose, trombocitose, anemia e hipercalcemia. Estas intercorrências se associam a paraneoplasias, originando-se pela secreção de toxigenos, desencadeantes de anemia, trombocitose, hepatopatias, caquexia, febre e amiloidose e também por fatores endócrinos, exemplificados pela liberação de hormônios como a

eritropoetina, renina, prostaglandinas, paratormônio, gonadotrofinas, prolactina (FILHO, 2016)

A pressuposição clínica é pendente da dimensão tumoral, lesões múltiplas, ocupação da gordura perirrenal, veia renal e metástases; conseqüentemente conexão limitada com o estadiamento. O prognóstico foi melhor definido por exames complementares de imagem e padrões radiológicos para o enquadramento de massas renais, como a classificação de Bosniak, a qual propiciam a percepção de diminutas massas renais, com exceção de casos de involução espontânea do câncer renal ou metástases pós extração do tumor primário (CHOUERI, 2021).

7 TUMOR DE WILMS

O nefroblastomatoma ou tumor de Wilms corresponde ao tumor renal embrionário incidente na faixa etária pediátrica, ou seja é a neoplasia maligna renal que mais agride crianças, com ápice em torno dos dois ao quatro anos e costuma surgir entre seis meses e seis anos de idade, arquitetado por elementos primitivos que remetem ao blastema nefrogênico (CHOUERI, 2016).

Esta enfermidade não é enquadrada como uma patologia genética, representado por apenas 1% das incidentes de origem familiar. No entanto, cerca de 10% dos nefroblastomas coexistem com aberrações variantes como a esclerose tuberosa, fenda palatina, cardiopatia congênita e neurofibromatose, com tendência hereditária e foco em afrodescendentes (FILHO, 2016).

Macroscopicamente, o tumor de Wilms geralmente é unilateral, em aproximadamente 80% dos casos é uma única, só 7% equivale a tumores múltiplos e 5% são bilaterais, origem multicêntrica (formados separadamente em distintas áreas) sendo alto preditor de metástases. O tumor é capaz de totalizar consideráveis proporções, convertendo a porção renal, que fica sujeita a uma fina faixa. A lesão costuma ter aspecto ovoide ou irregular, lobulado com septos conjuntivos e nítida demarcação do parênquima renal, abordando pseudocápsulas. Na secção, possui a tonalidade vermelho-pálido ou branco-acizentado contando com menor resistência do que um rim normal junto a áreas necróticas e hemorrágicas, tecido cartilaginoso e cistos, podendo ser numerosos. É comum, haver invasão da cápsula renal e tissular, disseminação para a veia renal e o sistema pielocalicial (MUGLIA, 2015)

O item histológico mais considerável para suposição clínica é a extensão e intensidade anaplásica, como as mitoses multipolares, nucleomegalia e hiperchromasias,

caso for difusa equivale a anaplasia de prognóstico negativo. O estágio da anaplasia é respectivo com a reação do tumor a terapêutica, sendo a relutância a quimioterapia e mutações na proteína P53 aos crônicos (FILHO, 2016).

O desdobraimento local, a tumoração adentra a cápsula, parênquima renal, cálices, pelve, ureter, veia renal e órgãos próximos. Frequentemente, são afetados os linfonodos regionais, sendo as metástases sanguíneas sucedem maiormente nós pulmões e fígado, sendo o diagnóstico realizado junto a ocorrência da intensa metástase (RAVAUD, 2016).

O pronunciamento clínico tumoral é o saliência abaulada e massa perceptível, geralmente entrelaçando a linha média, junto a algia e crise abdominal adjacente a trauma com torção, hematúria, hipertensão arterial. A hematúria é um sinal visto em torno de 20% dos casos, já a hipertensão é mais prevalente, e ocorre em 70%, estreitamente associada a hiper-reninemia. Os exames complementares podem denunciar uma ou mais massas no interior dos rins e são eficazes em estimar a extensão tumoral, diagnóstico de diminutas lesões e determinar ocorrência de bilateralidade (FILHO, 2016).

O prognóstico do tumor de Wilms varia com a Idade acometida, sendo mais favorável em crianças abaixo de 2 anos, do ESTADIAMENTO conforme a intensidade da anaplasia nuclear, sendo menos relevante o grau de diferenciação, não coexiste relação com o tamanho do tumor (RAVAUD, 2016).

REFERÊNCIAS

CHANDRASEKAR, T. et al. Revisão Colaborativa: Fatores que Influenciam as Decisões de Tratamento para Pacientes com Massa Renal Sólida Localizada. *European urology*, v. 80, n. 5, p. 577-88, 2021.

CHOUERI, T. K. et al. Adjuvant pembrolizumab after nephrectomy in renal-cell carcinoma. *N. Engl. J. Med*, v. 385, n. 8, p. 683-94, 2021.

FILHO, GB. *Bogliolo – Patologia*; Grupo Gen, 9788527736992, 2016.

MUGLIA, V. F. et al. Carcinoma de células renais: classificação histológica 3 correlação com métodos de imagem. *Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem*, v. 48, n. 3, p. 166-174, 2015.

RAVAUD A, et al. Adjuvant sunitinib in high-risk renal-cell carcinoma after nephrectomy. *N. Engl. J. Med*, v. 375, n. 23, p. 2246-54, 2016.