

Carcinoma de Células Claras Renais Metastático Para o Pâncreas: Um Relato de Caso

Paula Ribeiro de Britto Borges^{1*}, Lucas Gomes Pinho², Gabriella Viana Fonseca³

Grupo Santa Casa de Belo Horizonte

1) Residente de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Grupo Santa Casa de BH.

2) Médico radiologista, preceptor de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Grupo Santa Casa de BH.

3) Médica radiologista, fellow em RNM medicina interna grupo Hermes Pardini.

Correspondência*: Rua Doutor Helvécio Arantes, 40
AP 602
Bairro Luxemburgo
Belo Horizonte, MG
CEP 30.380-465.

RESUMO

Antecedentes: O caso clínico tem por objetivo relatar uma apresentação rara de metástase pancreática de carcinoma de células claras renais (RCC). Demonstraremos tal patologia por meio da Tomografia computadorizada (TC), Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e confirmação por anatomopatológico e imuno-histoquímica.

Apresentação do caso: Paciente feminina, 61 anos, com histórico de carcinoma renal de células claras, realizados tratamento oncológico e nefrectomia total em 2002, com posterior perda de seguimento clínico. Relata dor abdominal leve/moderada, inespecífica e difusa, associada a plenitude pós-prandial. Interna devido a quadro de hemorragia digestiva alta e baixa com repercussão hematemática importante. Prestados os cuidados intensivos ao doente crítico e prosseguido para endoscopia digestiva alta em caráter de urgência, que evidenciou em transição para segunda porção duodenal, em parede superior, coto vascular brancacento, sem sinais de sangramento ativo, sendo realizado, então, clipagem com clipe metálico hemostático. Observou-se ainda estreitamento da luz duodenal por provável compressão extrínseca. Procedeu-se à complementação diagnóstica com exames de imagem de TC e RNM de abdome e pelve cujos principais achados são os descritos: à tomografia computadorizada foram observadas múltiplas lesões nodulares pancreáticas hipervasculares,

multifocais, por vezes confluentes na porção cefálica/processo uncinado, de aspecto neoplásico. A RM evidenciou achados semelhantes de múltiplas lesões hipervasculares nodulares sólidas agrupadas ocupando todo o pâncreas, por vezes com centro necrótico/liquefeito, exibindo conteúdo de gordura microscópica, sem determinar obstrução dos ductos pancreático principal ou hepatocolédoco, condicionando invasão intravascular e oclusão total da veia mesentérica superior que forma colaterais calibrosas.

Devido ao seu caráter expansivo e infiltrativo às estruturas adjacentes, por sua apresentação hipervascular e seu histórico de RCC, sugere-se a possibilidade de lesão neoplásica secundária. Foi necessária a comprovação anatomopatológica sendo identificada proliferação de células com amplo citoplasma claro revelando imunoexpressão de Citoqueratina (AE1/AE3), Vimentina, PAX-8, CD10 e RCC, confirmando a histogênese epitelial e a origem renal, além de não identificação de parênquima pancreático na amostra.

Conclusões: Conclui-se que as metástases pancreáticas geralmente se desenvolvem tardiamente no curso de um processo maligno, representam apenas 2-5% das malignidades pancreáticas e 25-30% dos pacientes com RCC podem ocorrer com metástases.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Claras Renais, pâncreas, metástase.

Os métodos de imagem descritos foram relevantes para o direcionamento diagnóstico uma vez que evidenciaram múltiplas lesões pancreáticas sólidas expansivas e entre as principais hipóteses diagnósticas destacam-se os seguintes: adenocarcinoma ductal pancreático, metástases pancreáticas, linfoma, esplenúnculos, pancreatite autoimune.

Devido ao seu caráter expansivo e infiltrativo das estruturas adjacentes e, notadamente, por sua apresentação hipervascular e histórico de carcinoma renal de células claras, sugere-se a possibilidade de lesão neoplásica secundária (metástase tardia de tumor renal de células claras). A despeito da suspeita diagnóstica aventada por meio dos exames complementares de imagem, o diagnóstico definitivo, entretanto, somente é possível através de comprovação anatomopatológica.

Durante o seguimento foi necessária a realização de sessões de radioterapia hemostática em lesão pancreática, hemotransfusões seriadas e cuidados clínicos gerais.

Paciente submetida a biópsias múltiplas intra-abdominais por videolaparoscopia de lesões sugestivas de implantes secundários em parede abdominal, omento maior e amostra em cabeça do pâncreas. Caso discutido e avaliado pela Cirurgia Oncológica e a massa pancreática foi tida como irressecável.

A microscopia da lesão pancreática identificou proliferação celular levemente atípica constituída por células de citoplasma amplo, claro, por vezes eosinofílico, formando trabéculas e blocos sólidos em meio a estroma vascularizado, proliferação celular não classificada ao método (neoplasia renal metastática? tumor neuroendócrino? outros?), estudo imunohistoquímico é necessário para diagnóstico definitivo seguro, no caso.

Procedeu-se então a complementação com imuno-histoquímica identificando proliferação de células com amplo citoplasma claro revelando imunoexpressão de Citoqueratina (AE1/AE3), Vimentina, PAX-8, CD10 e RCC, confirmando a histogênese epitelial e a origem renal, além de não identificação de parênquima pancreático na amostra.

Já as lesões de omento maior e de parede abdominal corresponderam a tecido fibroconjuntivo apresentando fibrose e infiltrado inflamatório linfohistiocitário com esboço de granulomas e células gigantes multinucleadas envolvendo corpo estranho, correspondendo a granuloma de corpo estranho.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O conjunto de achados no presente caso clínico foi compatível com Carcinoma de células renais de células claras (RCC) metastático para o pâncreas.

As metástases pancreáticas geralmente se desenvolvem tardiamente no curso de um processo maligno generalizado e são raras. Uma ampla variedade de tumores primários não linfomatosos podem metastatizar para o pâncreas e as fontes relatadas com mais frequência são os cânceres de pulmão, mama, rim, trato gastrointestinal e tireoide, entre outros. Os sintomas produzidos pela metástase para o pâncreas são variáveis, mas a maioria dos pacientes (50-83%) está livre de queixas específicas do órgão quando a metástase é detectada incidentalmente na TC durante o acompanhamento. Quando sintomáticos podem apresentar dor abdominal inespecífica, náusea, perda de peso, icterícia, sangramento ou obstrução gastrointestinal.¹

O padrão de acometimento pancreático identificado pela TC é variável e a metástase de RCC podem ser multiformes, bem definidas e hipervascularizadas.²

25-30% dos pacientes com RCC podem ocorrer com metástases e a maioria acontece por volta de três anos após a nefrectomia, mas podem acontecer até várias décadas após. Um fator de risco importante para o desenvolvimento de metástases à distância é o estágio do tumor primário no ato da nefrectomia.³

Por se tratar de tipo histológico Carcinoma de Células Claras Renais metastático com confirmação por Imunohistoquímica, a paciente teve indicação de realizar tratamento com quimioterapia 1ª linha: Sunitinibe 50 mg, 01 comprimido via oral durante 4 semanas, intervalo de 2 semanas, até toxicidade máxima ou nova progressão. Foram realizados dois ciclos da medicação, mas esta não foi bem tolerada e a resposta oncológica foi tida como insatisfatória.

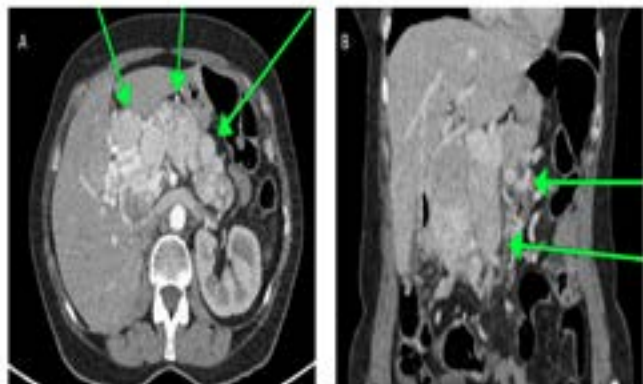
A equipe médica da oncologia, juntamente com os familiares e vontade do paciente, optaram por cuidados paliativos exclusivos, com ênfase em conforto e suporte básico de vida devido a gravidade do quadro clínico. A paciente veio a óbito.

LISTA DE ABREVIACÕES

Carcinoma de células claras renais (RCC) // Tomografia computadorizada (TC) // Ressonância Nuclear Magnética (RNM).

FIGURA 1

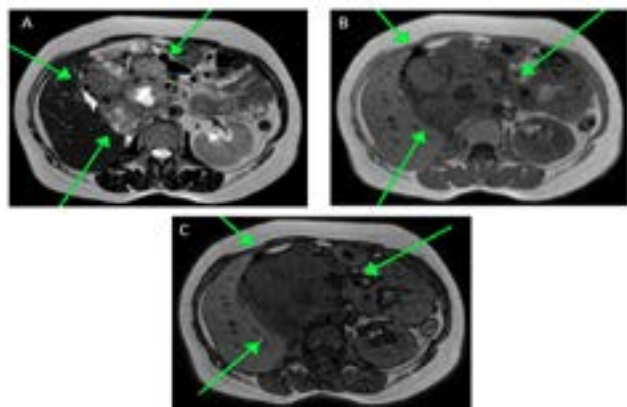
Tomografia do abdome, plano axial, fase arterial (A) mostra múltiplas lesões nodulares expansivas heterogêneas e hipervascularizadas. Fase venosa, plano coronal (B) evidenciando envolvimento neoplásico da junção esplenomesentérica.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

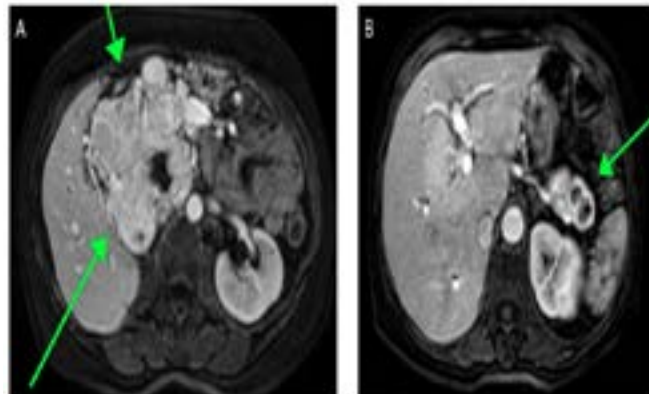
RM, plano axial, sequências ponderadas em T2 (A) e em T1 dentro (B) e fora de fase (C) demonstram lesão sólida heterogênea, de baixo sinal, com componente de gordura microscópica, evidenciado pela queda de sinal na sequência fora de fase (C).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

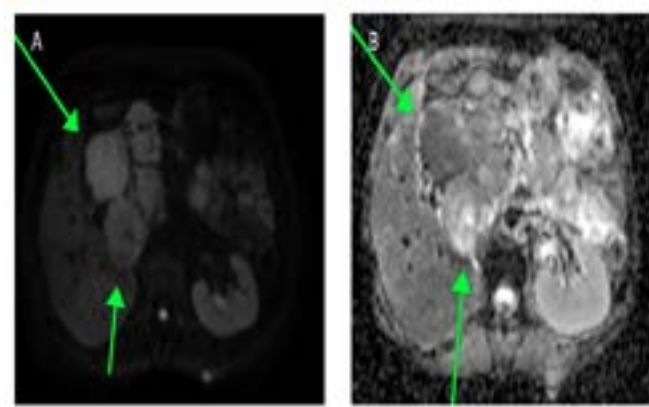
RM, plano axial, sequências ponderadas em T1 com saturação de gordura na fase portal mostram lesão sólida com realce pelo meio de contraste paramagnético ocupando a cabeça, corpo (A) e cauda do pâncreas (B).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

RM, plano axial, sequência de difusão (A) e mapa de ADC correspondente (B), mostrando que a lesão apresentava regiões de restrição à difusão.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scatarige JC, Horton KM, Sheth S et-al. Pancreatic parenchymal metastases: observations on helical CT. AJR Am J Roentgenol. 2001;176 (3): 695-9.
2. Klein KA, Stephens DH, Welch TJ. CT characteristics of metastatic disease of the pancreas. Radiographics. 18 (2): 369-78.
3. Griffin, N., Gore, M. E., & Sohaib, S. A. (2007). Imaging in Metastatic Renal Cell Carcinoma. American Journal of Roentgenology, 189(2), 360–370. doi:10.2214/ajr.07.2077