

## **2.<sup>a</sup> Seção**

**Trabalhos de revisão  
e casos clínicos**



# ABDOME AGUDO CIRÚRGICO DETERMINADO POR METÁSTASE DE CARCINOMA RENAL PARA INTESTINO DELGADO

HEITOR ALBERTO JANNKE\*

FÁBIO GERMANY\*\*

CAMILA RIBEIRO KOCH\*\*\*

HUMBERTO MATTOS\*\*\*\*

## RESUMO

O carcinoma de células renais (CCR) representa aproximadamente 2% de todos os cânceres. Os locais de metástases mais prevalentes descritos na literatura, em ordem decrescente, são os pulmões, os ossos, os linfonodos regionais, o fígado, as supra-renais e o cérebro. Outros locais de metástases são considerados raros. Descrevemos um caso de CCR com metástase para intestino delgado, com outros dois prováveis sítios metastáticos: pulmão direito e coluna vertebral. Trata-se de um paciente do sexo masculino, com 62 anos com queixas principais de emagrecimento e dor suprapúbica. O paciente evoluiu para um abdome agudo cirúrgico, tendo sido realizada enterectomia com enteroanastomose. No exame anátomo-patológico da peça cirúrgica, identificou-se um nódulo composto por células claras com atipias, evidenciando metástase de CCR para intestino delgado. Elucidamos a importância de incluir no diagnóstico diferencial de abdome agudo as obstruções causadas por metástases originárias de diversos órgãos, incluindo as de CCR, apesar de pouco prevalentes.

**PALAVRAS-CHAVES:** Carcinoma, metástase, intestino, célula, renal.

## ABSTRACT

Carcinoma of renal cells represents approximately 2% of all cancers. Most prevalent sites of metastases described in the literature, in decreasing order, are the lungs, bones, regional lymph node, liver, supra-renal glands and the brain. Other sites of metastases are considered rare. We describe a case of carcinoma of renal cells with metastasis for small intestine, with other two probable metastatic sites: right lung and vertebral column. The case is about a male patient, 62 years old, with main complaints of slimming and supra-pubic pain. The patient evolved to surgical acute abdomen. Entherectomy and entheral-anastomosis were carried out. In the anatomic-pathological examination of the surgical specimen a nodule composed for clear cells with atypias was identified, evidencing metastases of carcinoma of renal cells to small intestine. The authors emphasize the importance of include in the differential diagnosis of acute abdomen the obstructions caused by metastases from several

---

\* Professor de Patologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

\*\* Acadêmico de Medicina – UFPel.

\*\*\* Acadêmica de Medicina – FURG.

\*\*\*\* Médico Cirurgião.

organs, including those of carcinoma of renal cells, although they are of low prevalence.

## 1 – INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais (CCR) representa aproximadamente 2% de todos os cânceres, sendo responsável por 2% das mortes por neoplasias<sup>3</sup>. A maioria dos CCR são adenocarcinomas. O tipo mais comumente encontrado é o carcinoma de células claras, responsável por 75% dos casos.<sup>5</sup>

O CCR tem como característica a grande tendência de metastatizar antes do aparecimento de sinais e sintomas. Em torno de 25-50% dos CCR têm metástases no momento do diagnóstico<sup>6</sup>. Os locais de metástases mais prevalentes descritos na literatura, em ordem decrescente, são os pulmões, os ossos, os linfonodos regionais, o fígado, as supra-renais e o cérebro<sup>18</sup>. Entretanto, algumas citações apresentam pequenas divergências quanto a esta ordem, como mostra a Tabela 1<sup>17</sup>. Estima-se que o tumor primário possa metastatizar para o rim contra-lateral em 10-15% dos casos<sup>18</sup>. Outros sítios de metástases são incomuns e considerados raros. Na literatura há relatos de casos em pâncreas, tireóide, bexiga, uretra feminina, vagina, olho, intestino grosso e intestino delgado<sup>1, 8, 12, 13, 18</sup>. Em relação aos relatos de metástases de CCR para intestino delgado publicados, nota-se uma grande parcela de pacientes com nefrectomia prévia por CCR e com metástases em outros órgãos, principalmente pulmão.<sup>4, 9, 12, 14, 15</sup>

## 2 – RELATO DE CASO

Trata-se de um paciente do sexo masculino, com 62 anos, branco, procedente de Pelotas – RS, tabagista, sem outros fatores de risco. Foi levado ao Pronto Socorro Municipal de Pelotas por importante emagrecimento (perda de 10Kg em dois meses) e dor suprapúbica. Além dessas queixas, apresentava prostração, dispnéia e dor lombar com irradiação para fossa ilíaca esquerda. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, lúcido, orientado, coerente e com os sinais vitais dentro da normalidade. Na radiografia de tórax evidenciou-se uma imagem nodular em ápice direito. O diagnóstico inicial foi de neoplasia pulmonar e a conduta foi a internação do paciente.

Após cinco dias de internação, foi realizado toque retal que demonstrou esfíncter hipotônico e pregas lisas. Ao exame abdominal havia baço e uma massa palpáveis, esta próxima ao rebordo costal

esquerdo, com superfície lisa e regular. O abdome apresentava-se depressível e com ruídos hidroaéreos presentes.

Devido aos achados de exame físico e à piora clínica do paciente desde a internação, foi realizado ultra-som abdominal total, com o seguinte resultado: rim esquerdo medindo 13,7 x 8,1cm com alteração da morfologia, pela presença de tumor expansivo em terço médio e inferior, bocelado, medindo 11,0cm e com presença de derrame pleural bilateral.

No nono dia de internação o paciente começou a apresentar distensão abdominal, dor em faixa na região epigástrica, três episódios de vômitos pastosos e tosse com secreção esverdeada. Persistia queixando-se de dor lombar, entretanto agora também com irradiação para membro inferior esquerdo.

No décimo primeiro dia apresentou vômitos fecalóides, dor abdominal difusa e estava sem eliminar gases e fezes há três dias. Ao exame físico apresentava importante distensão abdominal, anasarca, ruídos hidroaéreos metálicos, massa palpável em hipocôndrio esquerdo e massa móvel em fossa ilíaca direita, evidenciando uma piora do quadro geral. O diagnóstico inicial foi de obstrução intestinal. A conduta foi uma laparotomia exploradora, em que se realizou uma enterectomia com enteroanastomose. O paciente veio a falecer no pós-operatório.

O exame anátomo-patológico da peça retirada descreveu um segmento de intestino delgado medindo 31,1 x 3,1 x 2,8cm, apresentando serosa parda e lisa com áreas necróticas e fibrina em sua maioria, com extremidade enegrecida e lisa. Ao corte mostrou parede com até 0,5cm. A mucosa era parda, com úlceras longitudinais hemorrágicas, evidenciando áreas de mucosa negra, rugosa, com lesão bocelada, dura, enegrecida, pouco elevada, medindo 2,9cm. Ao estudo histopatológico, era endurecida, enegrecida, com áreas pardo-escuras. O diagnóstico do exame foi de invaginação intestinal com infarto hemorrágico e peritonite (ver fig. 1 e 2) determinada por nódulo composto por células claras com atipias, compatível com metástase de carcinoma renal de células claras (ver fig. 1 e 3).

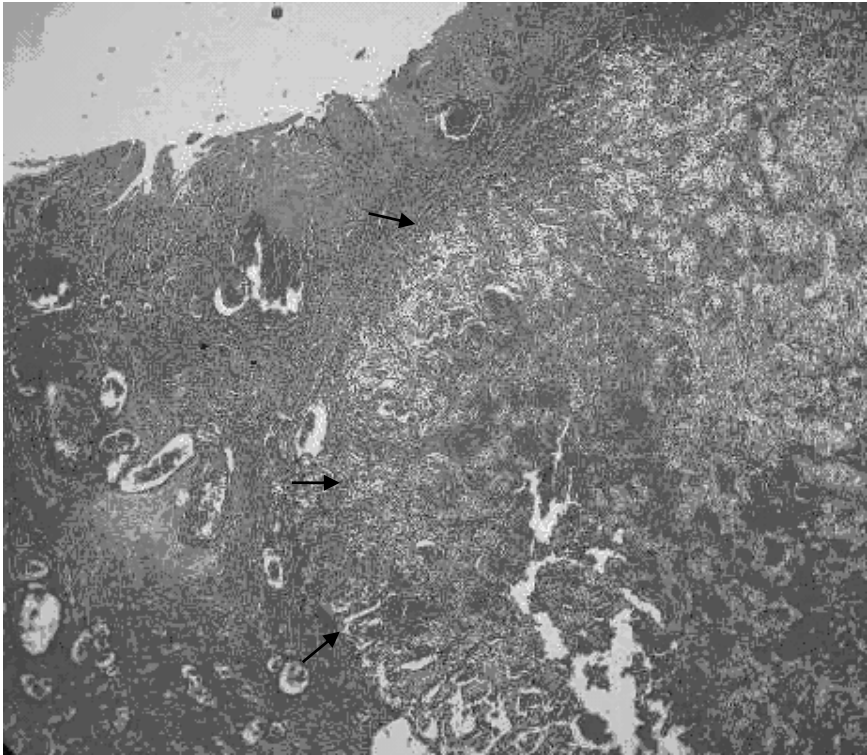


FIGURA 1 – Micrografia, observando-se nódulo tumoral metastático circunscrito, em meio à extensa necrose hemorrágica. (H. E. X x 250)

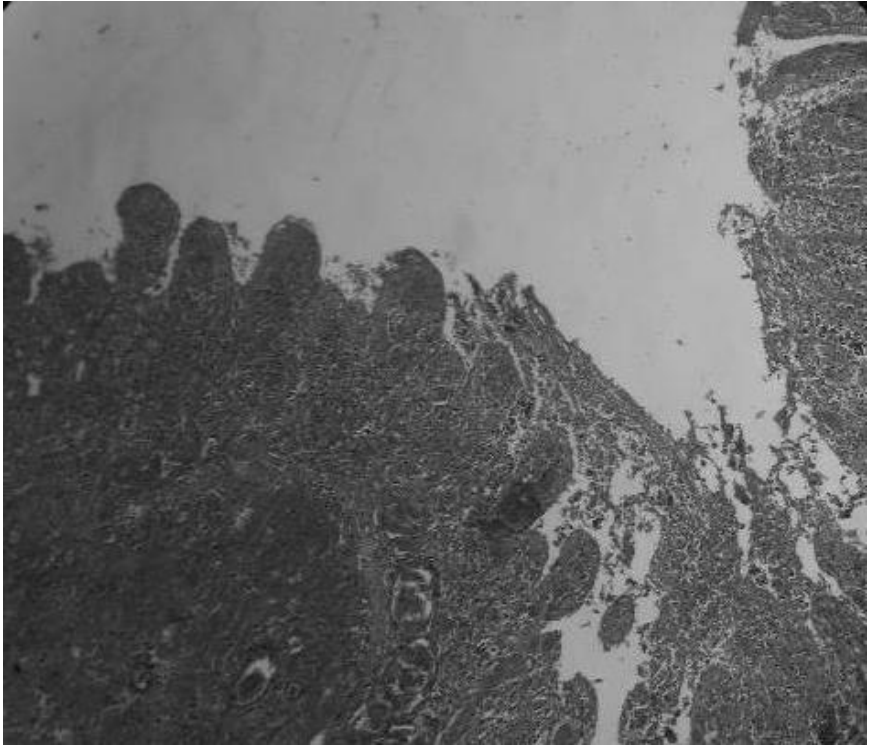


FIGURA 2 – Detalhe microfotográfico, vendo-se “sombras” de vilosidades do intestino com franco infartamento hemorrágico. (H. E. X x 250)

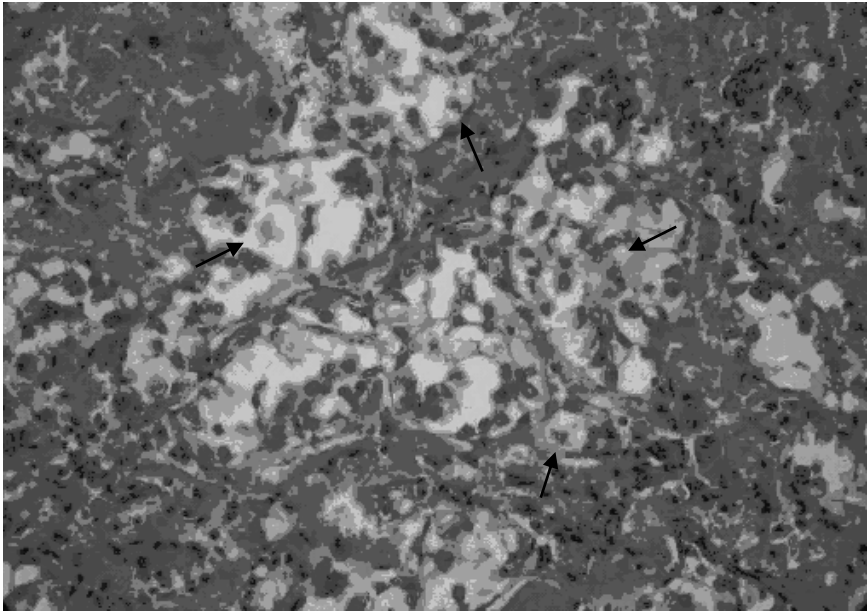


FIGURA 3 – Microfotografia da intimidade do nódulo tumoral com túbulos compostos por células claras atípicas. (H. E. X x 400)

### 3 – DISCUSSÃO

O CCR é a sétima principal causa de câncer no homem<sup>20</sup>. Sua incidência gira em torno de 2,3% em homens brancos nos EUA e tem aumentado nos últimos anos<sup>3</sup>. Um terço dos casos se apresenta como doença avançada e até 50% dos pacientes tratados cirurgicamente terão recidiva tumoral.<sup>20</sup>

O CCR tem como fatores de risco sexo masculino (2:1), faixa etária de 50 a 70 anos de idade, tabagismo, diálises crônicas, exposição ocupacional (ao cádmio, ao asbesto e aos derivados do petróleo), obesidade, uso crônico de analgésicos, fatores genéticos, entre outros, como hipertensão, terapia hormonal com estrogênio, radioterapia e doença dos rins policísticos.<sup>10</sup>

A suspeita clínica de CCR parte da tríade de hematúria macro ou microscópica indolor durante todo o jato urinário, dor com localização em flanco e massa palpável abdominal. Embora seja uma tríade clássica de livros, está presente em apenas 10% dos casos no início da patologia.<sup>7</sup>



A hematúria é o sintoma mais comum do CCR, chegando a estar presente em até 60% dos pacientes<sup>19</sup>. Não tem relação direta com o tamanho ou com o estágio do tumor, mas é geralmente observada quando ocorre invasão circunjacente. A dor localizada em flanco e a massa palpável são eventos mais tardios da doença, ocorrendo em tumores muito grandes ou que invadem estruturas vizinhas, ou ainda, pela presença de hemorragia no interior do tumor.

Outros sintomas podem fazer parte do quadro clínico do CCR, como anemia, caquexia, fadiga, perda de peso, febre, hipertensão, hipercalemia, disfunção hepática, amiloidose, eritrocitose, enteropatia, neuromiopia e síndromes paraneoplásicas com anormalidades hormonais (alterações na produção de: eritropoietina, paratormônio, gonadotrofinas, somatotrofina coriônica humana, ACTH, glucagon e insulina).<sup>11</sup>

Comparando a literatura atual ao caso clínico relatado observamos algumas semelhanças. O paciente em questão apresentava como fatores de risco para CCR o sexo masculino, a idade de 62 anos e o tabagismo. Outros fatores não foram identificados no paciente. Em relação à clínica apresentada, faziam parte do quadro inicial manifestações tanto do próprio CCR como de suas metástases.

Na internação o paciente apresentava perda de peso importante, dor em regiões suprapúbica e lombar, massa palpável em flanco esquerdo, dispnéia, nódulo pulmonar em radiografia de tórax e história de tabagismo, entrando como diagnósticos diferenciais CCR e carcinoma pulmonar. Na evolução, o paciente apresentou vômitos fecalóides e dor abdominal difusa. Além disso, passou a não eliminar gases e fezes, sendo diagnosticado um quadro de obstrução intestinal.

Conforme relatado no caso, o paciente evoluiu para um quadro de abdome agudo, o que não era esperado como complicação de um CCR. Ressaltamos que, assim como grande parte desses tumores, o caso estudado também apresentou um diagnóstico tardio, porque já havia desenvolvimento de metástases.

Aproximadamente 97% das metástases de CCR são múltiplas, e apenas 3% são solitárias. Os sítios mais comuns dessas metástases são pulmões, ossos, linfonodos regionais, fígado, supra-renais e cérebro<sup>18</sup>. Metástases de CCR para intestino delgado são consideradas extremamente raras.

TABELA 1 – Localização e freqüência de metástases de carcinoma de células renais.<sup>17</sup>

Localização	No momento do diagnóstico (%)	Na autópsia (%)
Pulmões e mediastino	50	67
Ossos	49	39
Pele	11	13
Fígado	8	39
Cérebro	3	6

O intestino delgado é fonte preferencial de metástases de melanoma maligno. Dos pacientes que morrem devido a este tumor, 50% apresentam metástase intestinal.<sup>7</sup>

O paciente observado apresentou metástase de CCR para intestino delgado conforme, relatado no exame anátomo-patológico. Além do foco intestinal, confirmado pelo anátomo-patológico, levantou-se a hipótese de dois outros focos metastáticos, um pulmonar e outro ósseo. Essa hipótese foi baseada na evolução clínica (dispnéia, tosse, dor lombar) e em resultados de exames complementares, como radiologia de tórax, evidenciando uma imagem nodular em ápice de pulmão direito, tomografia computadorizada e cintilografia óssea demonstrando lesões osteolíticas de coluna vertebral. No entanto, biópsias dessas estruturas acabaram não sendo realizadas devido à rápida evolução da doença, que levou o paciente ao óbito.

O estadiamento do tumor é importante para determinar o seu prognóstico e a sua ressecabilidade. Em torno de 50% a 85% dos pacientes com câncer renal confinado ao órgão (estágio I e estágio II) têm sobrevida esperada de cinco anos.<sup>2</sup>

O prognóstico de pacientes com CCR é limitado ao desenvolvimento de metástases. O paciente apresentado não tinha um prognóstico bom. Classificado o tumor encontrado, encontrava-se no estágio IV pela classificação de Robson, explicada a seguir. Ele apresentou uma urgência cirúrgica no decorrer da evolução da doença. Pacientes com CCR metastático não-tratados têm sobrevida média de 6 a 10 meses, e apenas 10 a 20% estarão vivos após dois anos.<sup>20</sup>

Classificação por estágios de Robson:

Estágio I – Tumor confinado à cápsula renal.

Estágio II – Invasão tumoral do tecido adiposo perinéfrico.

Estágio III – Acometimento de linfonodos regionais ou estruturas venosas pelo tumor.

Estágio IV – Invasão de órgãos adjacentes ou metástase à distância.

O paciente enquadrado no Estágio IV com metástases à distância, o que determinou a impossibilidade de terapia cirúrgica curativa.

## REFERÊNCIAS

- 1 BEGLIOMINI, H.; ANDRADE, M.A.; MELO, E.A. BORGES, A.F.A.; SANTOS, H.V.B.D.O.S.; JUNIOR, D.M. Bladder metastasis from renal carcinoma. *Jornal Brasileiro de Urologia*, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 291-292, out./dez. 1993.
- 2 BISSING, H.; RICHTER, J.; DESPER, R.; MEIER, V.; SCHRAML, P.; SCHÄFFER, A.A.; SAUTER, G.; MIHATSCH, M.J.; MOCH, H. Evaluation of the clonal relationship between primary and metastatic renal cell carcinoma by comparative genomic hybridization. *The American Journal of Pathology*, [s.l.], 155:267-74, 1999.
- 3 CHOW, W.H.; DEVESA, S.S.; WARREN, J.L.; FRAUMENI, J.F.Jr. Rising incidence of renal cell cancer in the United States. *JAMA*, [s.l.], v. 281, n. 17, p. 1628-1631, 1999.
- 4 DEGUCHI, R.; TAKAGI, A.; IGARASHI, M.; SHIRAI, T.; SHIBA, T.; WATANABE, S.; KURUMADA, T.; MIWA, T.; SADAHIRO, S.; YASUDA, M. A case of ileocolic intussusception from renal cell carcinoma. *Endoscopy*, [s.l.], v. 32, n. 8, p. 658-660, 2000.
- 5 FAUCI, Anthony S. *Harrison's principles of Internal Medicine*. 14. ed. MacGraw-Hill, 1998.
- 6 RACHID FILHO, D.; DUBEUX, A.; RACHID, D. Treatment of renal cell carcinoma with synchronous solitary bone metastasis. *Jornal Brasileiro de Urologia*, [s.l.], v. 26, n. 2, p.182-184, 2000.
- 7 WAY, Lawrence W.; DOHERTY, Gerard M. *Cirurgia: diagnóstico e tratamento*. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- 8 LIMA, M.A.; SCHMITT, F.C.L. CD26 positivity (IV dipeptidil aminopeptidase) in metastatic renal cells carcinoma for the thyroid. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, [s.l.], v. 41, n. 1, p. 47-50, mar. 1997.
- 9 LOUALIDI, A.; SPOOREN, P.F.; GRUBBEN, M.J.; BLOMJOUS, C.E.; GOEY, S.H. Duodenal metastasis: an uncommon cause of occult small intestinal bleeding. *Neth. Journal of Medicine*, [s.l.], v. 62, n. 6, p. 201-205, jun. 2004.
- 10 MANDEL, J.S.; MCLAUGHLIN, J.K.; SCHLEHOFER, B.; MELLEMGAAARD, A.; HELMERT, U.; LINDBLAD, P.; MCCREDIE, M.; ADAMI, H.O. International renal-cell cancer study, IV, Occupation. *International Journal of Cancer*, [s.l.], v. 61, n. 5, p. 601-605, 1995.
- 11 MCDUGAL, W.S.; GARNICK, M.B. Clinical signs and symptoms of renal cell carcinoma. *Comprehensive Textbook of Genitourinary Oncology*. 2 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- 12 MERINO, C.; MOLÉS, J.R.; RODRIGO, A.; FERRANDO, J.; GARCÍA, J.; PRIMO, J.; ALBERT, A.; ARAGÓ, M.; SERRA, B.; AMORÓS, I. Uncommon etiology of gastrointestinal bleeding: duodenal metastases from renal cell carcinoma. *Journal of Gastroenterology & Hepatology*, Hong Kong, v. 28, n. 4, p.221-224, abr. 2005.
- 13 MELO, C.R.; MELO, I.S.; MONTEIRO, A.Z.; MELLO, E.S. Pancreatic metastasis from renal cell carcinoma. *Arquivo de Gastroenterologia*, [s.l.], v.29, n. 3, p. 110-112, jul./set. 1992.
- 14 NOZAWA, H.; TSUCHIYA, M.; KOBAYASHI, T.; MORITA, H.; KOBAYASHI, I.; SAKAGUCHI, M.; MIZUTANI, T.; TAJIMA, A.; KISHIDA, Y.; YAKUMARU, K.; KAGAMI, H.; SEKIKAWA, T. Small intestinal metastasis from renal cell carcinoma exhibiting rare findings. *International Journal Clinical Practice*, [s.l.], v. 57, n. 4, p.329-331, May 2003.

- 15 OGISO, S.; MAENO, A.; NAGAHAMA, K.; NAKAMURA, K.; OKUNO, H. Small intestinal metastases from renal cell carcinoma: a case report and literature review. *Acta Urologica Japonica*, Hinyokika Kyo, Japan, v. 51, n. 1, p. 13-16, jan. 2005 .
- 16 ORNELLAS, A.A.; KOIFMAN, N. Urethral metastasis from renal cell carcinoma in female patient: immunohistochemical analysis. *Jornal Brasileiro de Urologia*, Rio de Janeiro, v. 25, n.1, p.79-81, jan./mar. 1999.
- 17 POPOVIC, A.; DIMANOVSKI, J. Metastatic renal cell carcinoma. *Acta Clin Croat*, Croatia, v. 39, n. 3, p.171-73, set. 2000.
- 18 ROBBINS, S.L. *Patologia estrutural e funcional*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- 19 TIERNEY, JR.L.M.; MCPHEE, S.J.; PAPADAKIS, M.A. *Diagnóstico & Tratamento 2004: um livro médico LANGE*. 41. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- 20 VERONA, C.B.; FILHO, Z.M.; MULLER, M.E.A.; CALADO, A.A. Treatment of the metastatic renal cell carcinoma. *RBM Revista Brasileira Médica*, [s.l.], v. 61, n. 4, p. 222-227, abr. 2004.

Recebido: 16/04/06