

ESTUDO DE CASO DE CORIOCARCINOMA RENAL: PRIMÁRIO OU METASTÁTICO?¹

SIDNEY, Luís Felipe de Oliveira²
CARDOSO, Marcelo Pontual³
CUNHA JÚNIOR, Ademar Dantas⁴

RESUMO

Introdução: A neoplasia trofoblástica gestacional engloba um grupo raro de doenças que inclui a mola hidatiforme completa, a mola hidatiforme parcial, a mola invasora, o coriocarcinoma e o tumor trofoblástico do sítio placentário. O coriocarcinoma (CC) é uma neoplasia que ocorre em cerca de 1 a cada 40 mil gravidezes, classificado em gestacional e não-gestacional. Este trabalho apresenta o caso raro de uma paciente em pós-menopausa com coriocarcinoma renal sem presença de doença concomitante no útero. **Desenvolvimento:** Paciente em pós-menopausa referia hematuria e emagrecimento, com história pregressa de mola hidatiforme (MH). Revelou tratar-se de tumoração suspeita de neoplasia em rim esquerdo pela tomografia abdominal. Pós nefrectomia radical esquerda se confirmou o diagnóstico de coriocarcinoma metastático renal, sendo estadiado como EC IV de alto risco. No útero revelou-se ausência de remanescentes neoplásicos de coriocarcinoma e paciente iniciou tratamento quimioterápico utilizando o protocolo EMA/CO atingindo remissão clínica após 3 ciclos, tendo realizado mais 3 ciclos de consolidação. Apesar do diagnóstico histopatológico, os dados clínicos e da literatura são insuficientes para afirmar que este caso se trata de uma doença metastática ou primária no rim. **Considerações finais:** Os achados no útero não são compatíveis com a neoplasia renal, o que não era previsto, já que a MH predispõe o desenvolvimento do CC. Casos de CC primário extra-gonadal são raros e nesse caso deve ser excluída uma causa metastática. A localização do tumor também não é compatível com CC primário gestacional ou não-gestacional. Há a possibilidade de regressão de um tumor primário.

PALAVRAS-CHAVE: Coriocarcinoma. Mola hidatiforme. Metástase renal.

RENAL CHORIOCARCINOMA CASE REPORT: PRIMARY OR METASTATIC?

ABSTRACT

Introduction: The trophoblastic neoplasm of pregnancy encompasses a rare group of diseases that includes the complete hydatiform mole, the partial mole, the invasive mole, the choriocarcinoma and the placental site trophoblastic tumor. Choriocarcinoma (CC) is a neoplasm that occurs in about 1 in every 40.000 pregnancies, divided into gestational and non-gestational forms. This case report exposes the rare case of a CC post-menopausal patient without kidney disease similar in utero. **Development:** Post-menopausal patient referring hematuria, weight loss and a history of hydatidiform mole (MH). Abdominal tomography revealed neoplasia in the left kidney, then she was underwent left radical nephrectomy and assessment of the uterus, diagnosing renal CC metastasis stage IV high risk. In utero was proved absence of remaning neoplastic CC and the patient start chemotherapy treatment according EMA/CO protocol and achieved clinical remission after 3 EMA/CO cycles more 3 consolidation chemotherapy cycles after that. Despite the histological diagnosis, the clinical and literary evidences are not able of differentiating from a primary or metastatic disease. **Final Thoughts:** The findings in the womb is not compatible with the malignancy in the kidney, which was not expected, because the MH predisposes the development of CC. Cases of primary extra-gonadal CC are rare and must delete one metastatic cause, as in this case. Also the location of the tumor is not compatible with the primary gestational or not-gestational DC location. There is the possibility of regression of the primary tumor.

KEYWORDS : choriocarcinoma . Hydatidiform mole . Renal metastasis.

1 INTRODUÇÃO

As doenças trofoblásticas gestacionais (DTG) afetam normalmente mulheres na idade reprodutiva, sendo rara sua ocorrência após essa faixa etária. São desordens acompanhadas pelo crescimento anormal da placenta, ou seja, um desenvolvimento anormal do trofoblasto, e incluem a mola hidatiforme – parcial e completa -, a mola invasora e o coriocarcinoma, sendo todas produtoras do hormônio gonadotrofina coriônica humana – hCG.

O coriocarcinoma é considerado uma neoplasia rara e ocorre em 1 a cada 40 mil gravidezes aproximadamente. Os coriocarcinomas não-gestacionais desenvolvem-se a partir de células que não completaram a migração para as gonadas. Já o coriocarcinoma gestacional é geralmente diagnosticado já em estágio avançado da doença, quando já existem metástases, as quais levam ao aparecimento de sintomas.

Esse trabalho tem a intenção de apresentar o caso de uma paciente em pós-menopausa diagnosticada com coriocarcinoma renal sem presença de doença semelhante em útero.

A discussão do caso será baseada no conhecimento descrito na literatura, confrontando esse com a história clínica da paciente.

¹ Artigo elaborado a partir de pesquisa realizada como Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, do curso de Medicina, da Faculdade Assis Gurgacz.

² Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz. luisfelipefdos@msn.com

³ Professor Orientador Médico Ginecologista. mpcardoso@fag.edu.br

⁴ Médico Co-Orientador Oncologista Clínico e Hematologista. ademardcj@gmail.com

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 MATERIAL E MÉTODO

O presente trabalho se encontra em cumprimento com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto se tratar de pesquisa com ser humano. Previamente à sua realização, este foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAG – Faculdade Assis Gurgacz, através do protocolo 187/2013. O relato trata-se de uma pesquisa aplicada, qualitativa e descritiva realizado de maneira longitudinal, sendo a coleta de dados realizada através da análise do prontuário da paciente, no Hospital do Câncer de Cascavel – UOPECCAN. A técnica bibliográfica teve como base científica artigos encontrados em banco de dados do PUBMED, MEDLINE e SCIELO, dos últimos 10 anos, bem como literaturas atualizadas que descrevem a citada patologia.

2.2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente de 50 anos, sexo feminino, em pós-menopausa, foi encaminhada à consulta oncológica referindo hematúria franca e emagrecimento, além de história de mola hidatiforme diagnosticada e curada cinco anos antes, sem marcadores tumorais pré e pós-operatórios. A conduta solicitada fora a de uma tomografia computadorizada abdominal, a qual demonstrou lesão heterogênea em rim esquerdo, com realce heterogêneo pelo contraste, o que deveria corresponder à processo neoplásico ou aneurisma intra-renal parcialmente trombosado. Quanto ao rim direito, encontrou-se pequena lesão muito sugestiva de processo infeccioso antigo (sequela), não afastando a possibilidade processo neoplásico. A partir de tais achados radiológicos, considerou-se a indicação de nefrectomia radical esquerda, com avaliação no transoperatório da situação do útero, com realização de histerectomia. Em seguida, o diagnóstico pós-operatório foi de câncer renal esquerdo e miomatose uterina. A avaliação anatomopatológica revelou coriocarcinoma metastático em tecido renal com margens cirúrgicas livres, além de hiperplasia linfóide reacional em dois linfonodos livres de metástase. De acordo com a descrição anterior, diagnosticou-se coriocarcinoma estadiado IV (metastático para rim) de alto risco. Após histerectomia, o anatomopatológico desse produto revelou leiomiomas intramurais uterinos, endométrio proliferativo, endocervicite crônica com cistos de Naboth e, principalmente, ausência de remanescentes neoplásicos de coriocarcinoma uterino associado. Como escolha de tratamento optou-se por quimioterapia baseada no esquema EMA/CO (etoposídeo, metotrexato, actinomicina D, ciclofosfamida e vincristina), tendo como opção para tratamento de salvamento, caso a paciente não respondesse ao esquema citado, a prescrição de PEB (cisplatina, etoposídeo e bleomicina). Paciente entrou em remissão clínica após 3 ciclos de quimioterapia, tendo realizado mais 3 ciclos de consolidação do tratamento.

Baseando-se nesses achados, o diagnóstico histológico final deu-se como coriocarcinoma renal, gerando dúvida quanto à uma doença metastática (proveniente da mola hidatiforme pregressa) ou primária, levando em conta a insuficiência de evidências clínicas e literárias.

2.3 DISCUSSÃO

Quanto aos sintomas apresentados pela paciente, Vijay e col. (2008) explicam que queixas não ginecológicas podem, com frequência, representar os primeiros sintomas de um tumor ou doença trofoblástica gestacional, apesar de o coriocarcinoma, segundo esses autores, ser conhecido por manifestar-se com sintomas ginecológicos, que incluem sangramento vaginal e espessamento da parede uterina, sinais os quais não foram manifestados pela paciente desse estudo. Em uma revisão de Wang et al apud Vijay e col. (2008), de 448 pacientes com Coriocarcinoma na China, apenas 31 (6,9%) pacientes apresentaram sinais clínicos e sintomas de envolvimento renal, tais como hematúria e dor no ângulo renal, o que reforça a baixa frequência das características clínicas do caso aqui apresentado. Logo, baseando-se nas afirmações anteriores, percebe-se que os sintomas apresentados pela paciente - hematúria e perda ponderal -, não são de origem ginecológica, o que pode ocorrer, embora os sintomas do coriocarcinoma sejam mais conhecidos como sendo ginecológico - como citado anteriormente -, fato que pode ser justificado com o achado de neoplasia no rim, e não no útero, gerando consequente dúvida quanto a doença ser proveniente de metástase da mola hidatiforme prévia ou de uma doença trofoblástica gestacional.

Segundo DeVita e col. (2011), as doenças trofoblásticas gestacionais surgem mais comumente após uma gravidez molar, embora possam ocorrer após uma gravidez normal ou ectópica, ou até mesmo em casos de aborto espontâneo ou induzido, como foi descrito em um relato de caso de Kutcher e col. (1977) em que uma paciente, após aborto de mola hidatiforme permaneceu com a dosagem de gonadotrofina coriônica alta, indicando provável coriocarcinoma. Ademais, em torno de 20% das mulheres com mola hidatiforme desenvolvem ou mola invasiva ou uma doença metastática. Sendo assim, mulheres com histórico de gravidez molar parecem possuir maior risco de desenvolver uma doença trofoblástica gestacional (DEVITA e col., 2011), sendo coriocarcinoma a forma mais maligna

e invasiva de doença trofoblástica gestacional (FERREIRA e col, 2010). Além dessas afirmações, as quais sustentam o desenvolvimento de coriocarcinoma na paciente do presente estudo, é válido notar que, de acordo com Ferreira e col. (2010), no Brasil, a forma mais comumente observada é a mola hidatiforme, porém apenas 2 a 3% dos casos evoluem para coriocarcinoma, o que demonstra a raridade do caso se confirmada a relação da neoplasia atual da paciente com a doença trofoblástica gestacional prévia.

De acordo com Rezende (2011), o coriocarcinoma deve ser considerado em qualquer mulher com idade reprodutiva e com doença metastática cujo sítio primário seja desconhecido. Porém, no caso em discussão, apesar de um sítio primário de neoplasia ser desconhecido, a paciente não se encontrava mais em período reprodutivo, sendo o diagnóstico de coriocarcinoma comprovado através do exame anatomopatológico.

Metástases de doenças trofoblásticas gestacionais podem ocorrer em quase todos os locais do corpo, porém, Rezende (2011), afirma que os órgãos mais comumente invadidos são os pulmões, a vagina, o fígado e o trato gastrointestinal, sendo que metástases renais já foram descritas, entretanto elas são incomuns, o que qualifica o caso exposto como raro, além de não haver um sítio primário de neoplasia que confirme uma doença metastática e exclua uma doença primária. Atualmente de acordo com a Sociedade Internacional de Estudo de Doenças Trofoblásticas, a incidência de metástase renal de coriocarcinoma é de 1%, sendo que desde a introdução de novos agentes quimioterápicos a incidência desse tipo de metástase diminuiu.

Em 2008, Vijay e col. descreveram o primeiro caso reportado em que a primeira manifestação de doença trofoblástica gestacional ocorreu com a manifestação de dor aguda em flanco esquerdo, seguido de hematoma subcapsular secundário a metástase renal, sendo esse mais um argumento a favor da raridade, o que sustenta a dúvida quanto a doença aqui descrita tratar-se de uma doença primária ou metastática, visto que a manifestação renal da paciente - hematúria -, foi a primeira manifestação da doença na paciente.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No caso presente, ainda que houvesse possibilidade de regressão do tumor primário, optou-se pelo diagnóstico relacionado à doença gestacional prévia da paciente (mola hidatiforme), considerando a possibilidade de que no período de diagnóstico da mola hidatiforme, talvez já houvesse focos de coriocarcinoma que não foram visualizados na avaliação anatomopatológica e acreditando-se que esse foco já possuía potencial para formação de metástase, formando um nincho metastático que ficou latente até manifestar-se atualmente, sendo esses os argumentos mais importantes que defendem a relação entre a doença atual e a doença prévia sem que o coriocarcinoma esteja presente no útero.

A conclusão da etiologia foi baseada no fato de que e embora metástases provenientes de coriocarcinoma não-gestacional para qualquer local do organismo não sejam raras, o desenvolvimento de coriocarcinoma não-gestacional extra-gonadal primário não é frequente, por isso a necessidade de exclusão de alguma possível origem metastática, maneira como foi conduzida a investigação da doença da paciente. Além disso, o coriocarcinoma primário gestacional ocorre mais no útero e não gestacional ocorre mais nos ovários, fatos não compatíveis com os achados patológicos desse caso.

REFERÊNCIAS

- DE VITA JR, V. T., HELLMAN, S., ROSENBERG, S. A., Principle and Practice of Oncology, J. B. Lippincott, 9a.ed.
- FERREIRA C, A; ALENCAR C, A; et al. **“Coriocarcinoma: um relato de caso e revisão da literatura”** Revista da Imagem (Online). 32(3/4): 71-74, 2010.
- KUTCHER, R; LU, T; et al. **“Renal Choriocarcinoma Metastasis: A Vascular Lesion”**. American Journal of Roentgenology. 128: 1046-1048, 1977, june.
- REZENDE, J. Obstetrícia. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 12ª Edição: 292-297, 2011.
- TAI KS, CHAN FL, NGAN HYS. **“Renal metastasis from chorio- carcinoma: MRI appearances.”** Abdom Imaging; 23: 536–538, 1998.
- VIJAY R K, P; KADUTHODIL M, J; et al. **“Metastatic gestational trophoblastic tumour presenting as spontaneous subcapsular renal haematoma”** The British Journal of Radiology. 81: e234-e237, 2008.