

13^{AS} JORNADAS DE UROLOGIA DA ZONA CENTRO EM MEDICINA FAMILIAR

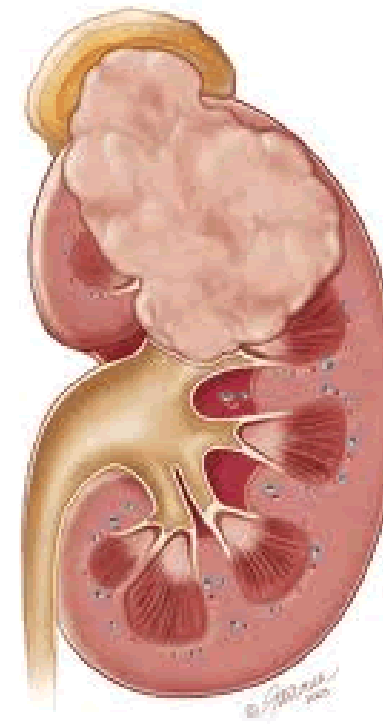
Diagnóstico e Seguimento em Urologia Oncológica RIM

João Carvalho

Interno de Formação Específica do 3ºAno

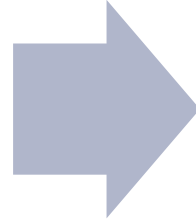
Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



Introdução

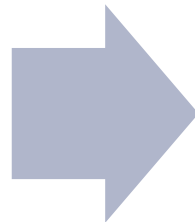
2-3% das neoplasias do adulto



CCR: 90-95% das neoplasias do rim

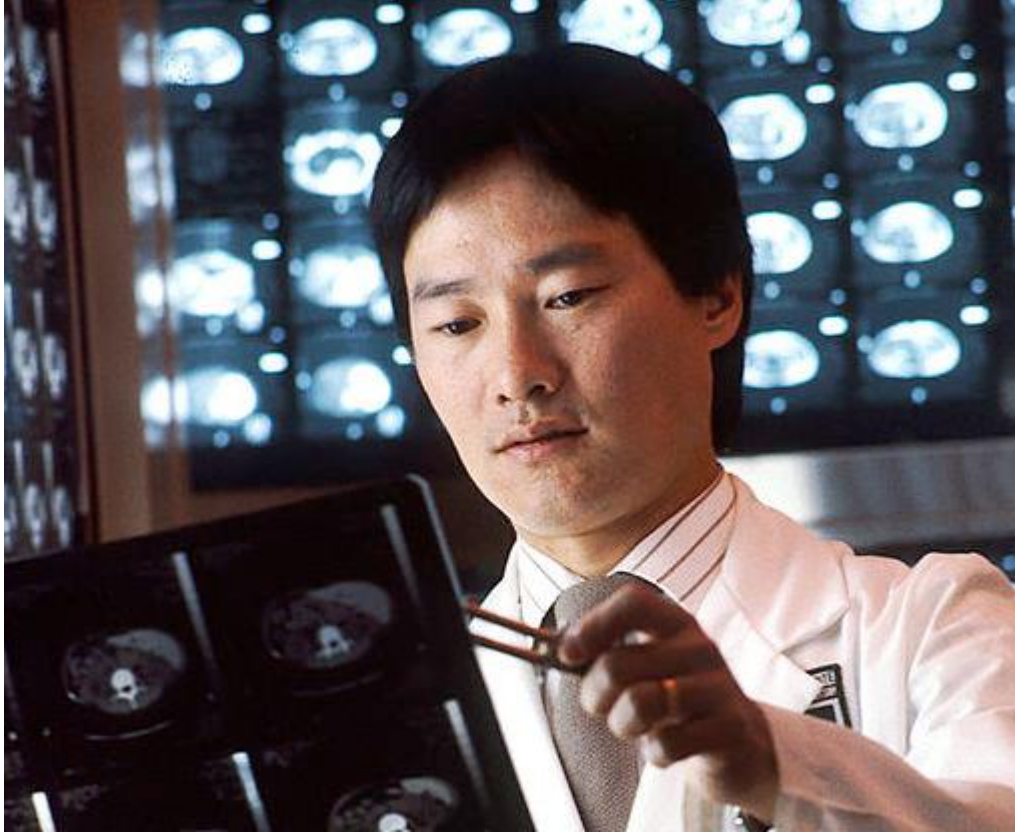
30-40% Mortalidade

Incidência crescente 3-4%/ano



12:100.000 novos casos/ano

Introdução



Introdução

Maioria esporádica



6^a-7^adécadas de vida

3♂: 2♀

2-3% são síndromes familiares

Diagnóstico e Seguimento em Urologia Oncológica - RIM



FOLLOW UP



Fatores de Risco



Um \uparrow do BMI de 5 Kg/m^2 \uparrow o risco de CCR em 24% nos ♂ e 34% nas ♀ .

Deixar de fumar \downarrow o risco de Neoplasia do Rim para tempo de cessação superiores a 10 anos.

Hipertensão Arterial

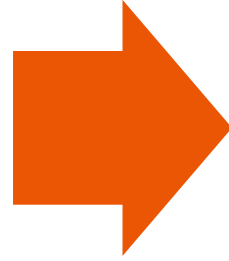
Antecedentes familiares em 1º Grau



Diagnóstico



Assintomáticos em
estádios precoces



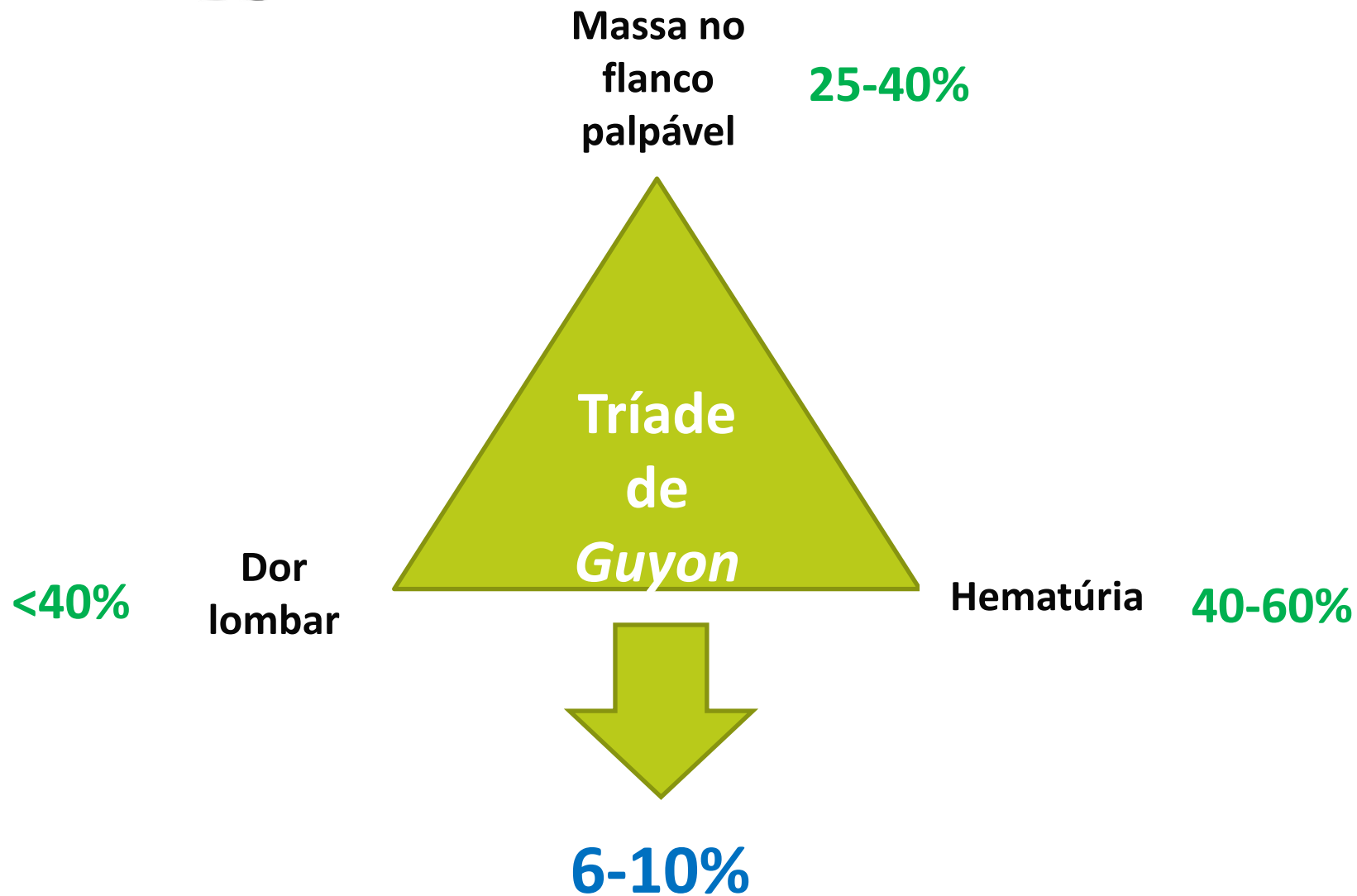
> 50% são tumores
incidentais

Sintomáticos

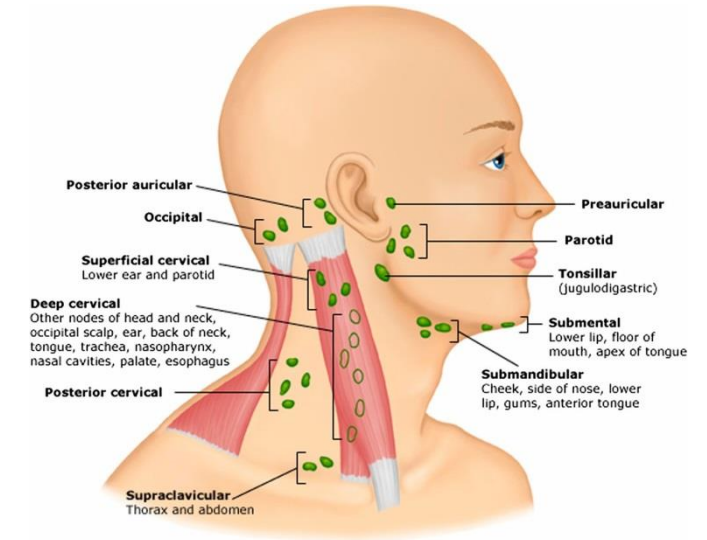
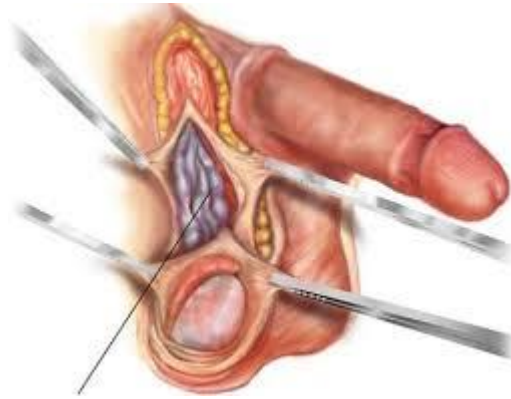
- Crescimento tumoral
- Metástases
- Síndromes paraneoplásicos (<30%)



Diagnóstico



Diagnóstico



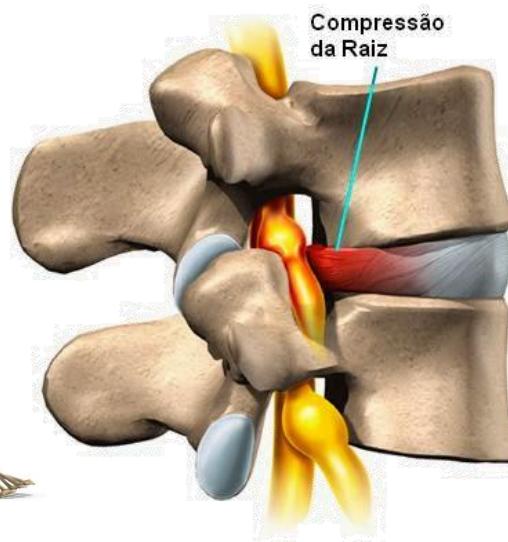
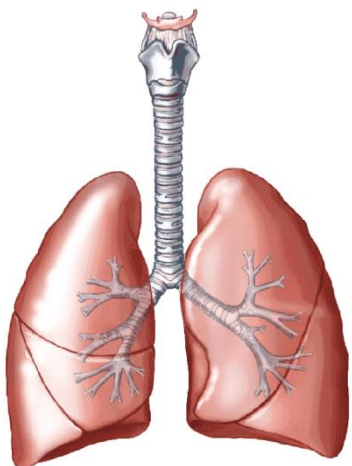
trombose tumoral de qualquer das veias renais e/ou da
veia cava inferior
compressão da veia cava por tumor volumoso
ALERTA SE VARICOCELO À DIREITA



Síndromes Paraneoplásicas

Hipercalcémia (<13%)	Astenia, hiporreflexia e palpitações
Hipertensão arterial	<40% dos sintomáticos
Disfunção hepática	ligeira ↑ de enzimas intracelulares hepáticas icterícia colestática.
Alterações hematológicas	Anemia normocítica e normocrômica(<40%) Eritrocitose (1-8%) Eosinofilia relativa Reacções leucemóides

Diagnóstico



tosse persistente
dor pleural,
hemoptises
dispneia

dor óssea
fracturas patológicas

sinais
neurológicos
resultantes de
compressão
radicular

lesões cutâneas, menos
frequentes e heterogéneas

Diagnóstico



Laboratório

Hemograma Cr

VS Função hepática

LDH Cálcio

Coagulação Urina II



Diagnóstico



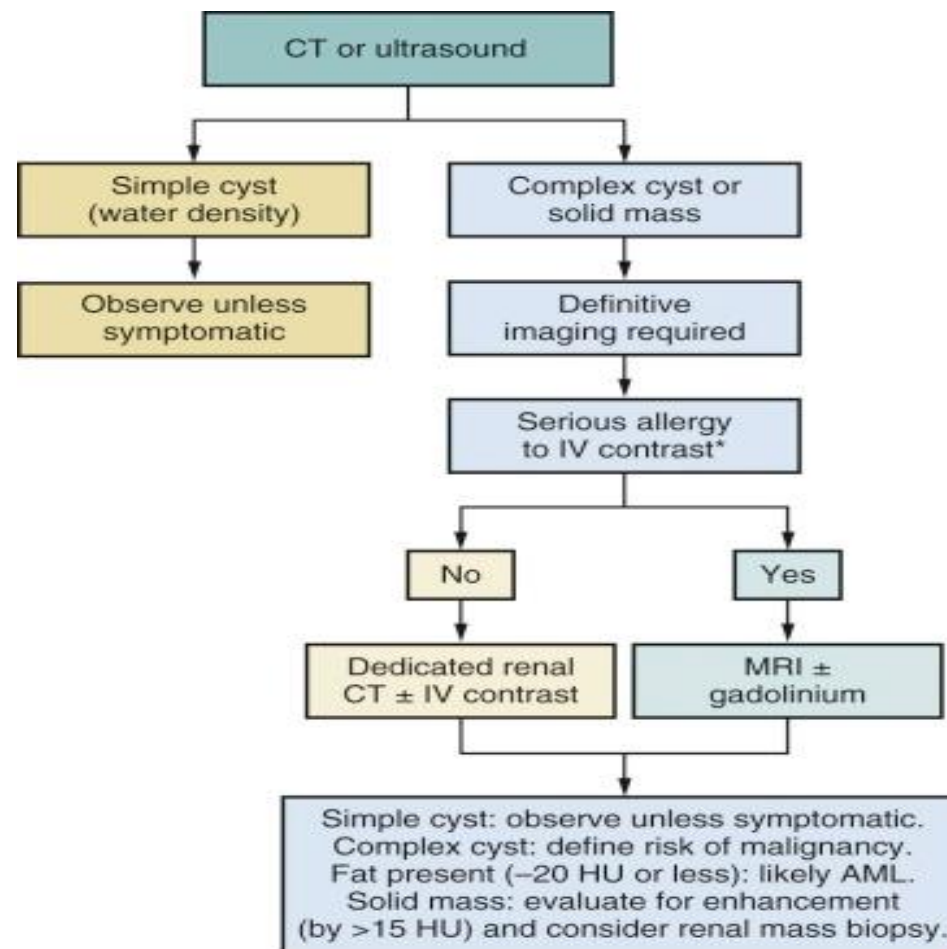
Ecografia



1º Exame que levanta a suspeita



Se **lesão complexa** → deve fazer **TAC**

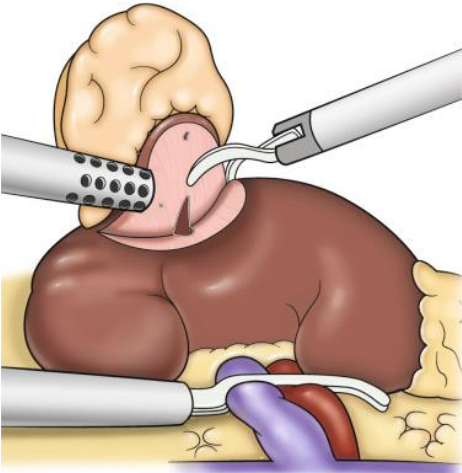
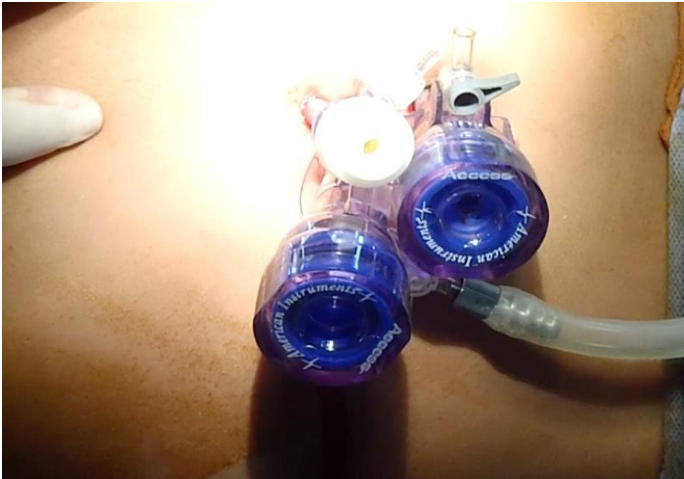
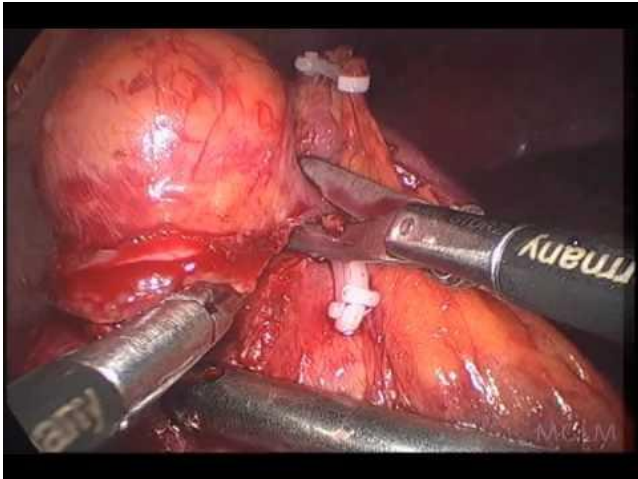
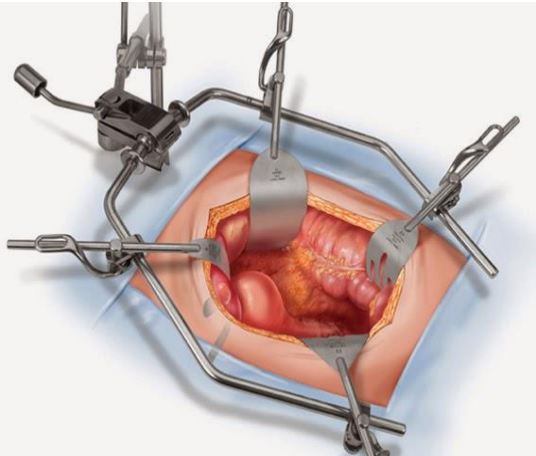




Lesões quísticas – Classificação de Bosniak

I	parede fina, densidade hídrica, sem septos, calcificações ou componente sólido e sem realce após o contraste	Benigno
II	Septo fino sem ou com realce não mensurável. Calcificação na parede ou no septo. Diâmetro < 3 cm	Benigno
IIF	Alguns septos espessos com ou sem calcificações. Parede espessa ou nodular e realce não mensurável. Diâmetro > 3cm.	Follow-up 5-10% Malignos
III	Paredes irregulares e espessas. Septos espessos com realce mensurável (inclui hemorragia ou infecção, nefroma quístico e tumor quístico)	Cirurgia/Vigilância Ativa >50% são malignos
IV	Todos os critérios III + realce heterogêneo do componente sólido, independentemente dos septos ou da parede	Cirurgia >70-90% são malignos

Tratamiento



Seguimento

FOLLOW UP



Monitorizar a função renal

Recidiva Local

Recidiva no rim contralateral

Identificação precoce de
metastização

Não existe um consenso relativamente ao seguimento a realizar após o tratamento

Seguimento

FOLLOW UP



Table 8.1: Proposed surveillance schedule following treatment for RCC, taking into account patient risk profile and treatment efficacy

Risk profile	Treatment	Surveillance						
		6 mo	1 y	2 y	3 y	4 y	5 y	> 5 y
Low	RN/PN only	US	CT	US	CT	US	CT	Discharge
Intermediate	RN/PN/ cryo/ RFA	CT	CT	CT	US	CT	CT	CT once every 2 years
High	RN/PN/ cryo/ RFA	CT	CT	CT	CT	CT	CT	CT once every 2 years

Cryo = cryotherapy; CT = computed tomography of chest and abdomen, or MRI = magnetic resonance imaging; PN = partial nephrectomy; RFA = radiofrequency ablation; RN = radical nephrectomy; US = ultrasound of abdomen, kidneys and renal bed.

Alguns argumentam que o seguimento com imagiologia **deixa de ser custo-efectivo após os 5 anos**

Contudo....

Seguimento

FOLLOW UP



Apesar de a maioria das recidivas e das metástases ocorrerem nos **2 primeiros anos**



a metastização pode surgir mais tardiamente



Justificando um tratamento mais agressivo com intuito curativo



TC

Seguimento

FOLLOW UP



Toxicidade cutânea e mucosa



Take-home Messages



- Os tumores do rim surgem principalmente na **6ª-7ª décadas de vida**.
- Os Fatores de Risco estabelecidos são o **tabagismo**, a **obesidade**, a **HTA** e os **antecedentes familiares** em **1º Grau**.
- A maioria são **assintomáticos**
- **TAC** é o gold-standard de **diagnóstico** e no **seguimento**
- **Nem todos os quistos necessitam de tratamento**
- A **metastização** pode ocorrer em **qualquer fase** da vida.

13^{AS} JORNADAS DE UROLOGIA DA ZONA CENTRO EM MEDICINA FAMILIAR

Diagnóstico e Seguimento em Urologia Oncológica RIM

João Carvalho

Interno de Formação Específica do 3ºAno

Serviço de Urologia e Transplantação Renal

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

