



CASO CLÍNICO

Oncocitoma renal na gravidez – uma forma invulgar de hipertensão secundária

Rita Torres^{a,*}, Augusta Borges^b, Ana Campos^{c,d}

^a Internato Médico em Ginecologia-Obstetria, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal

^b Departamento de Medicina Interna, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal

^c Serviço de Medicina Materno-Fetal, Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Lisboa, Portugal

^d Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Recebido a 22 de agosto de 2011; aceite a 11 de outubro de 2011

Disponível na Internet a 4 abril 2012

PALAVRAS-CHAVE

Oncocitoma renal;
Gravidez;
Patologia hipertensiva

KEYWORDS

Renal oncocytoma;
Pregnancy;
Hypertensive disorder

Resumo

Introdução: O oncocitoma renal representa 5-7% das neoplasias primárias do rim, é diagnosticado em doentes assintomáticos e caracteriza-se por um comportamento benigno, sem invasão dos tecidos adjacentes ou metastização. O seu diagnóstico no decurso da gravidez é raro, havendo poucos casos descritos na literatura.

Caso clínico: Os autores apresentam o caso de uma nulípara de 32 anos com hipertensão arterial de difícil controlo diagnosticada às sete semanas gestacionais com internamento às 24 semanas por quadro de hipertensão crónica agravada com pré-eclâmpsia sobreposta, edema agudo do pulmão e instabilidade hemodinâmica com necessidade de suporte ventilatório mecânico, restrição do crescimento fetal e morte fetal. O estudo etiológico do quadro hipertensivo efectuado no período pós-parto permitiu demonstrar a existencia de um tumor renal-oncocitoma.

Conclusão: O comportamento clínico do oncocitoma renal permanece mal caracterizado durante a gravidez, podendo associar-se, apesar do seu comportamento teoricamente benigno, a um desfecho materno e fetal adverso. É fundamental excluir uma possível causa secundária nos quadros hipertensivos de difícil controlo.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Renal oncocytoma in pregnancy – an unusual presentation of secondary hypertension

Abstract

Introduction: Renal oncocytoma accounts for 5-7% of primary renal neoplasms. It is usually diagnosed in asymptomatic patients and is characterized by a benign behavior without invasion of adjacent tissues or metastasis. Diagnosis during pregnancy is uncommon and to date there have been only a few cases reported in the literature.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: torresrita@gmail.com (R. Torres).

Case report: The authors present the case of a 32-year-old nulliparous woman with uncontrolled hypertension diagnosed at seven weeks gestation. She was referred to our institution at 24 weeks with superimposed pre-eclampsia complicated by acute pulmonary edema and hemodynamic instability requiring mechanical ventilatory support, fetal growth restriction and stillbirth. Etiological study of the hypertensive disorder performed in the postpartum period was consistent with renal oncocytoma.

Conclusion: The clinical behavior of renal oncocytoma remains poorly characterized during pregnancy and may lead to an adverse maternal and fetal outcome despite its theoretically benign behavior. It is essential to exclude a possible secondary cause of hypertension in cases that are difficult to control.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Os autores reportam o caso clínico de uma mulher de trinta e dois anos, leucodérmica, sem antecedentes médicos, cirúrgicos ou obstétricos relevantes. A gravidez actual decorreu de técnicas de procriação medicamente assistida por infertilidade primária.

No decurso da primeira metade da gravidez evidenciou-se uma hipertensão arterial de difícil controlo apesar da associação de alfa-metildopa 500 mg 8/8 h, propranolol 20 mg 8/8 h e nifedipina CR 30 mg 24/24 h.

Às vinte e quatro semanas gestacionais, após agravamento dos valores tensionais (TA-194/131 mmHg), alterações visuais, proteinúria e deterioração da função renal, foi transferida para um hospital de apoio perinatal diferenciado e internada numa unidade de cuidados intensivos materno-fetais. O quadro clínico e laboratorial corroborava uma hipertensão crónica agravada com pré-eclâmpsia sobreposta, pelo que se iniciou perfusão endovenosa de labetalol e de sulfato de magnésio e instituição do esquema de maturação pulmonar fetal com betametasona, segundo o protocolo do serviço. Ao terceiro dia de internamento, apesar da terapêutica instituída, mantinha-se o agravamento clínico materno com aparecimento de ascite, edema dos membros, edema periorbitário e outros sinais de sobrecarga de volume. Analiticamente evidenciava-se hipoalbuminemia e agravamento da função renal (Tabela 1). Em termos fetais, a ecografia mostrava um feto com boa vitalidade e líquido amniótico dentro dos limites da normalidade, no entanto, tornava evidente uma desaceleração do crescimento fetal com fluxo diastólico ausente na artéria umbilical mas ductus venoso normal, pelo que se decidiu manter vigilância fetal regular.

No quarto dia de internamento, na presença de dispneia, fevres subcrepitanes bibasais e hipoxémia, estabeleceu-se o diagnóstico de edema agudo do pulmão no contexto de crise hipertensiva e instituíram-se medidas terapêuticas adequadas. No sexto dia constatou-se novo agravamento do quadro pulmonar materno com necessidade de ventilação mecânica invasiva e morte fetal, pelo que a grávida foi transferida para uma unidade de cuidados intensivos polivalente. A expulsão fetal ocorreu dois dias depois, verificando-se uma melhoria paulatina do estado materno.

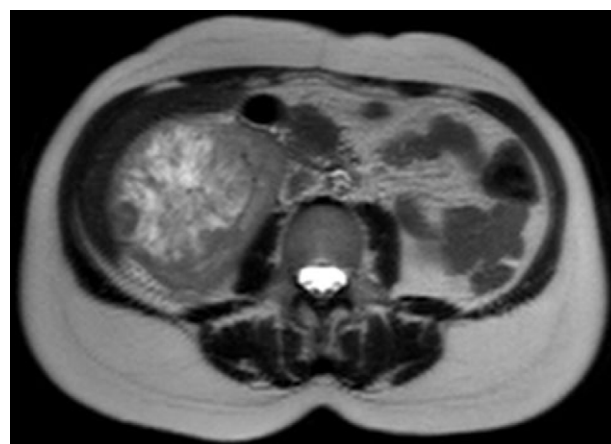


Figura 1 Aspecto do oncocitoma renal na ressonância magnética nuclear - corte transversal.

No período pós-parto efectuou-se um estudo etiológico completo que incluía, entre outros, o estudo renal, endócrino e de trombofilias hereditárias e adquiridas.

A ecografia renal demonstrou a presença de uma massa bem delimitada no polo inferior do rim direito. Para esclarecimento da natureza e relação da massa procedeu-se à realização de uma ressonância magnética nuclear renal, que mostrou tratar-se de uma massa bem delimitada, macronodular, com 85 mm de maior diâmetro, expressão radiária e cicatriz necrótica central com captação intensa de contraste, sugestiva de oncocitoma renal (Figuras 1 e 2).

Posteriormente foi realizada nefrectomia total direita e a peça operatória foi enviada para estudo anatomo-patológico e imuno-histoquímico. Verificou-se assim a presença de um tumor sólido de 85×70×65 mm, constituído por células de citoplasma granuloso e eosinofílico, positivo para Cam 5.2 e negativo para CD10, com CK 7 e vimentina focalmente positivos. Estes aspectos eram compatíveis com o diagnóstico de oncocitoma renal.

Após a cirurgia verificou-se a normalização dos valores tensionais.

Decorridos dois anos de vigilância clínica e após aconselhamento preconcepcional a doente voltou a engravidar.



Figura 2 Aspecto do oncocitoma renal na ressonância magnética nuclear – corte coronal.

Esta segunda gravidez foi acompanhada desde o primeiro trimestre na nossa instituição e cursou sem intercorrências, na presença de valores tensionais normais, até às trinta e seis semanas. Nesta altura decidiu-se a interrupção da gravidez pela realização de uma cesariana segmentar transversal,

em virtude de apresentação fetal anómala e oligoâmnios com o nascimento de um recém-nascido do sexo masculino saudável, com 2165 g e índice de apgar de 7/10.

Discussão

O oncocitoma renal representa cinco a sete por cento das neoplasias renais primárias cujo diagnóstico, feito maioritariamente em doentes assintomáticos, decorre da realização de exames complementares de diagnóstico por causas não-urológicas¹.

O oncocitoma renal é referido em termos anátomo-patológicos como uma massa sólida bem delimitada do parênquima renal com uma área de esclerose central; no entanto, é importante ressaltar que este aspecto classicamente descrito está presente apenas num terço dos casos¹⁻³. Como tal, o estabelecimento do diagnóstico de oncocitoma renal requer uma avaliação histopatológica cuidada com documentação da presença de células oncocíticas organizadas em alvéolos, cordões ou túbulos, com citoplasma eosinofílico e sem mitoses, por um lado, e por outro a exclusão da coexistência de um tumor de células claras, documentado na literatura em 10-32% dos casos^{2,4,5}.

Tabela 1 Evolução materna e fetal durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Materno-fetais

Idade gestacional	Síndrome Materna	Síndrome Fetal	Tratamento
Dia 1 24s+5d	TA = 174/115 mmHg, proteinúria e edemas dos membros inferiores Lab: Hb-11,9 mg/dL, Leuc-13 000/ μ L, Pla-287 000/ μ L, urato-5,6 mg/dL, creatinina-0,8 mg/dL, AST-13, ALT-15, proteinúria 0,8 g/dL		Betametasona, Sulfato de Magnésio, Labetalol, Nifedipina, Metildopa
Dia 3 25s	Edema periorbitário e ascite Lab: Hb-10 mg/dL, Leuc-17 100/ μ L, Pla-246 000/ μ L, urato-7,2 mg/dL, creatinina-0,9 mg/dL, AST-14, ALT-16, Mg ²⁺ -5,6, proteinúria-0,4 g/dL	Ecografia: Apresentação pélvica, EP = 587g Fluxometria: AU fluxo diastólico ausente DV normal	Furosemido, Labetalol, Nifedipina, Metildopa, Sulfato de Magnésio
Dia 4 25s+1d	Dispneia, ferveores subcrepitantes bibasais Lab: Hb-9,0 g/dL, Leuc-14 900/ μ L, Pla-228 000/ μ L, urato-8,1 mg/dL, albumina-2,6 g/dL, AST-20, ALT-19, proteinúria-1 g/dL		Furosemido, Labetalol, Nifedipina, Metildopa, DNI, albumina humana dessalgada
Dia 5 25s+2d	Dispneia, ferveores subcrepitantes bibasais Lab: Hb-10,2 g/dL, Leuc-16 000/ μ L, Pla-246 000/ μ L, urato-9,0 mg/dL, creatinina-0,9 mg/dL, albumina-2,9 g/dL, proteinúria-1,5 g/dL	Fluxometria: AU fluxo diastólico invertido ACM normal	Furosemido, Labetalol, Nifedipina, Metildopa, DNI, albumina humana dessalgada
Dia 6 25s+3d	Edema Pulmonar Agudo com instabilidade hemodinâmica (TA-160/110 mmHg)	Morte fetal	Ventilação mecânica invasiva

Abreviaturas: ACM- Artéria cerebral média; ALT- Alanina transaminase; AST- Aspartato transaminase; AU- Artéria umbilical; DNI- Dinitrato isosorbido; DV- Ductus venoso; EP- Estimativa ponderal; Hb- Hemoglobina; Lab- Análises laboratoriais; Leuc- Leucócitos; Mg²⁺- Magnésio; Pla- Plaquetas; TA- Tensão arterial.

O comportamento clínico deste tipo de tumor é habitualmente benigno e cursa com um prognóstico excelente. Mesmo massas de grandes dimensões são encapsuladas e, como tal, raramente invasivas ou associadas a metástases⁵⁻⁸.

Na gestação, o diagnóstico de oncocitoma renal constitui um evento raro. Em 1989, Fraser *et al.* efectuaram o primeiro relato de oncocitoma renal na gravidez ao reportar um caso onde o tumor renal foi diagnosticado às 23 semanas, como resultado do estudo de um quadro de lombalgia direita numa grávida saudável de 31 anos. Este caso clínico cursou com um bom desfecho perinatal³ não obstante o desenvolvimento de pré-eclâmpsia materna.

No nosso caso clínico, o diagnóstico do oncocitoma renal resultou do estudo etiológico de um quadro hipertensivo refractário à terapêutica combinada detectado na primeira metade da gravidez, que culminou numa pré-eclâmpsia grave de instalação precoce, edema pulmonar agudo e morte fetal.

A pré-eclâmpsia é definida pela associação de hipertensão arterial (valores tensionais superiores a 140/90 mmHg em duas determinações separadas por um intervalo de pelo menos seis horas) com proteinúria superior a 300 mg/24 h. Trata-se de uma síndrome materno-fetal complexa de instalação precoce, em resultado de uma deficiente invasão do trofoblasto. Insuficiência renal aguda, eclâmpsia, edema agudo do pulmão, descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, restrição do crescimento fetal e morte fetal são algumas das complicações subjacentes a esta síndrome. Estas manifestações ou o desenvolvimento de pré-eclâmpsia em idades gestacionais mais precoces têm sido entendidas por alguns autores como critério de gravidade que justificam uma pesquisa mais exaustiva de factores etiológicos.

Neste caso clínico em particular defrontamo-nos com um quadro de hipertensão arterial de instalação precoce na gravidez, difícil de controlar apesar da terapêutica anti-hipertensora a que se associou a morbimortalidade materna e fetal importante. A investigação conduzida para avaliação de uma causa secundária do quadro hipertensivo culminou no diagnóstico de oncocitoma renal.

Conclusão

O comportamento clínico do oncocitoma renal permanece mal caracterizado durante a gravidez, podendo associar-se, apesar do seu comportamento teoricamente benigno a um desfecho materno e fetal adverso.

Os autores pretendem alertar para a necessidade de exclusão de uma causa secundária perante um quadro de hipertensão arterial de difícil controlo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Akbulut S, Senol A, Cakabay B, et al. Giant renal Oncocytoma: a case report and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports*. 2010;4:52.
2. Algaba F. Renal Adenomas: Pathological Differential Diagnosis with Malignant Tumors. *Advances in Urology*. 2008. Article ID 974848, 4 pages.
3. Fraser W, Auger M, Onerheim R. Renal Oncocytoma in Pregnancy: a case report. *Canadian Journal of Surgery*. 1989;32:124-6.
4. Perez-Ordóñez B, Hamed G, Campbell S, et al. Renal Oncocytoma: a clinicopathologic study of 70 cases. *Am J Surg Pathol*. 1997;21:871-83.
5. Pradhan D, Kakkar N, Bal A, et al. Sub-typing of renal cell tumors; contribution of ancillary techniques. *Diagnostic Pathology*. 2009;4:21.
6. Radopoulos D, Tahmatzopoulos A, Kalinderis N, et al. Bilateral synchronous occurrence of three different histological types of renal tumor: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2009;3:6798.
7. Dechet CB, Bostwick DG, Blute ML, et al. Renal oncocytoma: multifocality, bilateralism, metachronous tumor development and coexistent renal cell carcinoma. *J Urol*. 1999;162:40.
8. Chao DH, Zisman A, Pantuck AJ, et al. Changing concepts in the management of renal oncocytoma. *Urology*. 2002;59:635.