


NEFRECTOMIA CITORREDUTORA UPFRONT EM CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS CROMÓFOBO COM METÁSTASE GÁSTRICA: RELATO DE CASO

UPFRONT CYTOREDUCTIVE NEPHRECTOMY IN CHROMOPHOBE RENAL CELL CARCINOMA WITH GASTRIC METASTASIS: CASE REPORT

NEFRECTOMÍA CITORREDUCTORA UPFRONT EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES CROMÓFOBO CON METÁSTASIS GÁSTRICA: INFORME DE CASO

 <https://doi.org/10.56238/arev8n1-123>

Data de submissão: 22/12/2025

Data de publicação: 22/01/2026

João G. K. Aguenta

Médico Residente em Urologia

Instituição: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS)

E-mail: joao.aguenta@outlook.com

Fernando Coutinho Pereira

Médico Urologista, Serviço de Urologia

Instituição: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS)

E-mail: coutinhofernando80@gmail.com

Augusto A.M.B. Manna

Médico Residente em Urologia

Instituição: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP-UFMS)

E-mail: augusto_manna@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A nefrectomia citoredutora em carcinoma de células renais (CCR) metastático pode ser indicada em pacientes selecionados, sobretudo naqueles de baixo risco prognóstico, visando controle dos sintomas, redução da carga tumoral e melhor integração com terapia sistêmica. **Relato de caso:** Paciente masculino, 75 anos, com dor em flanco esquerdo de forte intensidade há cerca de 1 mês, queixa de “estufamento” abdominal, sem febre, vômitos ou perda ponderal importante. A tomografia computadorizada (TC) de abdome total com contraste evidenciou volumosa massa sólida hipervascular em rim esquerdo, além de grande lesão em corpo e fundo gástrico. O paciente foi submetido a nefrectomia total esquerda associada a gastrectomia parcial com gastroplastia. O anatomopatológico da nefrectomia revelou carcinoma de células renais cromóforo, pT3a N0 M1. **Conclusão:** O caso ilustra a raridade da metástase gástrica de CCR cromóforo e demonstra a importância da TC na detecção de sítios metastáticos atípicos, da avaliação prognóstica (baixo risco pelo IMDC) e da nefrectomia citoredutora associada à ressecção da metástase em paciente selecionado.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Renais. Carcinoma de Células Renais Cromóforo. Nefrectomia Citorredutora.

ABSTRACT

Introduction: Cytoreductive nephrectomy in metastatic renal cell carcinoma (RCC) may be indicated in selected patients, especially those with low prognostic risk, aiming at symptom control, reduction

of tumor burden, and better integration with systemic therapy. Case report: A 75-year-old male patient presented with severe left flank pain for approximately 1 month, complaining of abdominal "bloating," without fever, vomiting, or significant weight loss. Abdominal computed tomography (CT) with contrast revealed a large hypervascular solid mass in the left kidney, in addition to a large lesion in the body and fundus of the stomach. The patient underwent a left total nephrectomy associated with partial gastrectomy with gastroplasty. The histopathological examination of the nephrectomy revealed chromophobe renal cell carcinoma, pT3a N0 M1. Conclusion: This case illustrates the rarity of gastric metastasis from chromophobe RCC and demonstrates the importance of CT scans in detecting atypical metastatic sites, prognostic evaluation (low risk according to the IMDC), and cytoreductive nephrectomy associated with metastasis resection in a selected patient.

Keywords: Renal Cell Carcinoma. Chromophobe Renal Cell Carcinoma. Cytoreductive Nephrectomy.

RESUMEN

Introducción: La nefrectomía citorrreductora en el carcinoma de células renales (CCR) metastásico puede estar indicada en pacientes seleccionados, especialmente en aquellos con bajo riesgo pronóstico, con el objetivo de controlar los síntomas, reducir la carga tumoral y mejorar la integración con la terapia sistémica. **Caso clínico:** Paciente masculino de 75 años que presentó dolor intenso en el flanco izquierdo durante aproximadamente un mes, con distensión abdominal, sin fiebre, vómitos ni pérdida de peso significativa. La tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste reveló una gran masa sólida hipervascular en el riñón izquierdo, además de una gran lesión en el cuerpo y el fondo gástrico. El paciente fue sometido a una nefrectomía total izquierda asociada a una gastrectomía parcial con gastroplastia. El examen histopatológico de la nefrectomía reveló un carcinoma de células renales cromóforo, pT3a N0 M1. **Conclusión:** Este caso ilustra la rareza de la metástasis gástrica del CCR cromóforo y demuestra la importancia de la tomografía computarizada para la detección de sitios metastásicos atípicos, la evaluación pronóstica (riesgo bajo según el IMDC) y la nefrectomía citorrreductora asociada a la resección de la metástasis en un paciente seleccionado.

Palabras clave: Carcinoma de Células Renales. Carcinoma de Células Renales Cromóforo. Nefrectomía Citorreductora.

1 INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais (CCR) é a principal neoplasia maligna do parênquima renal, correspondendo a cerca de 2-3% dos tumores malignos em adultos, sendo o subtipo de células claras o mais frequente. Uma parcela significativa dos pacientes apresenta doença metastática ao diagnóstico. Os sítios de metástase mais comuns são pulmões, ossos, fígado e cérebro; o acometimento gástrico é raro e, em geral, descrito em séries pequenas ou relatos de caso.

A nefrectomia citorrredutora em carcinoma de células renais (CCR) metastático pode ser indicada em pacientes selecionados [3,4], sobretudo naqueles de baixo risco prognóstico (por exemplo, escore IMDC) [2], visando controle dos sintomas, redução da carga tumoral e melhor integração com terapia sistêmica, incluindo imunoterapia e terapias-alvo [1].

Metástases gástricas secundárias a CCR podem cursar com sintomas inespecíficos, como dor abdominal, plenitude pós-prandial, sangramento ou mesmo serem oligossintomáticas, o que dificulta o diagnóstico, sobretudo quando biópsias endoscópicas iniciais são não diagnósticas.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de CCR cromóforo metastático, com metástase gástrica e omental, em paciente classificado como baixo risco pelo escore de IMDC, submetido a nefrectomia citorrredutora upfront associada à gastrectomia parcial no mesmo tempo cirúrgico.

2 RELATO DO CASO

Paciente masculino, 75 anos, hipertenso controlado, karnofsky 90-100%, apresentava dor em pontada em flanco esquerdo, de forte intensidade, havia aproximadamente 1 mês, em uso de Tapentadol 50 mg a cada 12 horas há cerca de 20 dias, com alívio parcial da dor. Referia sensação de “estufamento” abdominal, negava febre, vômitos, sangramento digestivo evidente ou perda ponderal importante. Fazia uso de omeprazol 20 mg 12/12 h.

Diante da queixa e da suspeita de doença neoplásica, foi realizada tomografia computadorizada de abdome total com contraste em 08/07/2025, que evidenciou, à esquerda, importante formação expansiva sólida em rim esquerdo, de aspecto hipervascular ao meio de contraste, com áreas hipovasculares de permeio sugerindo necrose. A lesão apresentava margens irregulares, com epicentro no terço médio do parênquima renal, medindo cerca de 12,6 cm em seu maior diâmetro (LL). Sua porção lateral tinha aspecto exofítico, sem plano de clivagem com a fásia renal em suas porções lateral e anterior. A porção medial invadia a região hilar, envolvendo os ramos arteriais segmentares hilares, sem evidência de linfonomegalias associadas, conforme demonstrado na **Figura 1**.

Em região adjacente/retroperitoneal, identificou-se volumosa lesão parietal anterior em corpo/fundo gástrico, com espessamento parietal difuso e realce heterogêneo pelo contraste, de comportamento exofítico, estendendo-se em permeio ao omento maior e apresentando pequeno foco de calcificação em seu interior. A lesão com aproximadamente 16,1 cm em seu maior diâmetro (craniocaudal), e sua porção lateral direita não apresentava plano de clivagem com a cortical do lobo esquerdo do fígado, conforme demonstrado na **Figura 2**.

Figura 1 – Tomografia computadorizada de abdome total com contraste, corte coronal, demonstrando volumosa massa sólida em rim esquerdo.



Fonte: Arquivo da Radiologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP)"

Figura 2 – Tomografia computadorizada de abdome total com contraste, corte coronal, evidenciando volumosa lesão em corpo/fundo gástrico.



Fonte: Arquivo da Radiologia do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP)"

Frente ao achado tomográfico de massa renal associada à lesão gástrica volumosa suspeita, o paciente foi submetido a endoscopia digestiva alta, que evidenciou lesão em região de corpo e fundo gástrico, sendo realizadas biópsias. O anatomopatológico dessas biópsias iniciais não mostrou critérios de malignidade. Apesar do resultado histológico, manteve-se alta suspeita clínica e radiológica de acometimento metastático gástrico em paciente com provável neoplasia renal.

Diante do quadro de massa renal esquerda de grandes dimensões associada a lesão gástrica suspeita em paciente sintomático, optou-se por tratamento cirúrgico combinado, com realização de nefrectomia citorrredutora esquerda associada a gastrectomia parcial com gastroplastia, em um único tempo operatório, realizado em 10/10/2025.

O exame anatomopatológico da peça de nefrectomia evidenciou neoplasia maligna de origem renal, compatível com carcinoma de células renais cromóforo, medindo aproximadamente 11,2 x 9,8 x 8,4 cm, com invasão da gordura perirrenal, caracterizando comprometimento extrarrenal, sem invasão do hilo renal e com margens cirúrgicas livres de neoplasia.

O anatomopatológico da gastrectomia parcial demonstrou segmento gástrico com carcinoma metastático infiltrando a parede gástrica e omento gástrico com carcinoma metastático compatível com carcinoma de células renais cromóforo, com margens de ressecção livres de neoplasia, confirmando tratar-se de metástase gástrica e omental de carcinoma de células renais cromóforo.

Com base nesses achados, o estadiamento patológico global foi pT3a N0 M1, configurando doença localmente avançada e metastática, corroborando a indicação de nefrectomia citorrredutora associada à ressecção da metástase gástrica no contexto de CCR disseminado.

Foi realizada avaliação prognóstica pelo escore de IMDC (International Metastatic RCC Database Consortium), que considera performance status, tempo entre diagnóstico e início de tratamento sistêmico, hemoglobina, cálcio sérico corrigido, contagem de neutrófilos e de plaquetas. No caso relatado, o paciente não apresentava fatores de risco do IMDC, sendo, portanto, classificado como de baixo risco e melhor prognóstico.

O paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com melhora dos sintomas pré-operatórios, especialmente da dor em flanco esquerdo e da sensação de “estufamento” abdominal, avaliado no primeiro retorno pós-operatório cerca de 15 dias após a cirurgia. Após estabilização do quadro e recuperação inicial, foi encaminhado ao serviço de Oncologia Clínica para acompanhamento, pois em caso de recidiva da doença, haverá necessidade de tratamento sistêmico com inibidores de tirosina-kinase.

3 DISCUSSÃO

Este caso ilustra um CCR cromóforo pT3a N0 M1, em paciente idoso, com metástase gástrica e omental, tratado com nefrectomia citorrredutora associada à gastrectomia parcial no mesmo ato cirúrgico.

O acometimento gástrico pelo CCR é incomum em comparação com os sítios metastáticos clássicos (pulmões, ossos, fígado e cérebro). Quando o estômago é comprometido, o quadro clínico pode incluir dor epigástrica, plenitude pós-prandial, anemia, sangramento digestivo ou sintomas vagos. No presente caso, a apresentação foi marcada por dor em flanco esquerdo e sensação de “estufamento” abdominal, sem sangramento evidente, o que poderia levar à interpretação inicial de dor musculoesquelética ou de outra origem não oncológica.

A TC de abdome com contraste foi fundamental ao demonstrar, simultaneamente, uma massa renal de grandes dimensões, hipervascular, com invasão da gordura perirrenal e da região hilar, e uma volumosa lesão em corpo e fundo gástrico, de aspecto exofítico e heterogêneo, infiltrando o omento maior e em íntimo contato com o lobo esquerdo do fígado. Esses achados, em conjunto, sustentaram fortemente a suspeita de CCR metastático com acometimento gástrico.

A endoscopia digestiva alta com biópsias mostrou-se inicialmente não diagnóstica, sem critérios de malignidade, fato compatível com a possibilidade de falso-negativo em lesões submucosas ou que infiltram camadas mais profundas da parede gástrica, com amostragem

insuficiente pela biópsia superficial. Esta limitação ressalta a necessidade de interpretar criticamente laudos histológicos negativos quando a suspeita radiológica e clínica permanece alta.

A avaliação prognóstica pelo escore de IMDC classificou o paciente como de baixo risco, sem fatores prognósticos adversos. Esse dado é especialmente relevante, pois as diretrizes contemporâneas sugerem que a nefrectomia citoredutora deve ser considerada em pacientes com CCR metastático de baixo risco, mesmo antes de iniciar terapia sistêmica com imunoterapia ou terapias-alvo [2,3,4], refletindo a discussão sobre seu papel na era da imunoterapia combinada [1].

No presente caso, o tumor renal apresentava grandes dimensões (11,2 × 9,8 × 8,4 cm), invasão da gordura perirrenal, ausência de invasão do hilo renal, margens livres e presença de metástase gástrica e omental, sendo o estadiamento pT3aN0M1. A ressecção simultânea da metástase gástrica foi indicada com o objetivo de reduzir a carga tumoral global, prevenir complicações locais (sangramento, obstrução, perfuração) e melhorar o controle sintomático, em consonância com o cenário de doença metastática de baixo risco e com as diretrizes que preconizam uma abordagem individualizada para a nefrectomia citoredutora em pacientes selecionados [2,3,4].

A metastasectomia, a remoção cirúrgica de lesões metastáticas, desempenha um papel crucial no manejo de pacientes selecionados com CCR metastático. Suas indicações são baseadas em critérios como a possibilidade de ressecção completa de todos os sítios de doença metastática, um bom status de performance do paciente, um prognóstico favorável (baixo risco IMDC) e, frequentemente, a presença de um número limitado de metástases (oligometastática). A ressecção de metástases isoladas ou em poucos sítios pode oferecer benefícios em termos de controle local, alívio de sintomas e, em alguns casos, melhora da sobrevida a longo prazo, especialmente quando integrada a um plano de tratamento multimodal que inclua terapias sistêmicas [3,4].

O anatomopatológico gástrico demonstrou carcinoma metastático infiltrando a parede gástrica e omento maior, compatível com CCR, com margens livres, afastando a hipótese de neoplasia gástrica primária sincrônica. A distinção entre tumor gástrico primário e metástase de CCR é crucial, pois implica estratégias terapêuticas e prognósticos distintos.

Do ponto de vista terapêutico, a abordagem cirúrgica citoredutora deve ser entendida como parte de uma estratégia multimodal [1,3,4], associada à imunoterapia e/ou terapias-alvo, e integrada ao cuidado paliativo quando necessário. Em pacientes idosos e selecionados, a decisão pela cirurgia extensa deve ponderar os riscos cirúrgicos, a expectativa de benefício em qualidade de vida, o controle de sintomas e a possibilidade de acesso subsequente à terapia sistêmica, como reforçado por estudos no contexto da imunoterapia [1,2].

4 CONCLUSÃO

A metástase gástrica de carcinoma de células renais de células claras é rara e de diagnóstico desafiador, especialmente quando biópsias endoscópicas iniciais são não diagnósticas.

No caso apresentado, a TC de abdome com contraste foi determinante para identificar simultaneamente a massa renal e a lesão gástrica suspeita, guiando a indicação de nefrectomia citorrredutora associada à gastrectomia parcial em paciente classificado como baixo risco pelo escore de IMDC. O anatomopatológico confirmou CCR cromóforo, pT3a N0 M1, com metástase gástrica e omental e margens livres.

O caso destaca a relevância da avaliação prognóstica (IMDC) na seleção de candidatos à nefrectomia citorrredutora [2,3,4], a importância da correlação clínico-radiológica e anatomopatológica na identificação de metástases gástricas de CCR e o papel da abordagem cirúrgica citorrredutora integrada à terapêutica sistêmica, visando melhor controle sintomático e melhor perspectiva de tratamento em doença metastática de baixo risco, especialmente na era da imunoterapia combinada [1].

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O paciente forneceu consentimento livre e esclarecido para utilização de seus dados clínicos neste relato de caso, com preservação de sua identidade.

REFERÊNCIAS

- [1] RAITER JUNIOR, C. Papel da nefrectomia citorrredutora na era da imunoterapia combinada para carcinoma de células renais metastático. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 7, n. 11, p. 415-423, 2025. DOI: 10.36557/2674-8169.2025v7n11p415-423.
- [2] BAKOUNY, Z.; EL ZARIF, T.; DUDANI, S.; WELLS, J.; GAN, C. L.; DONSKOV, F. et al. Upfront cytoreductive nephrectomy for metastatic renal cell carcinoma treated with immune checkpoint inhibitors or targeted therapy: an observational study from the International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium. *European Urology*, v. 83, p. 145-151, 2023. DOI: 10.1016/j.eururo.2022.10.004.
- [3] BHINDI, B.; ABEL, E. J.; ALBIGES, L.; BENSALAH, K.; BOORJIAN, S. A.; DANESHMAND, S. et al. Systematic Review of the Role of Cytoreductive Nephrectomy in the Targeted Therapy Era and Beyond: An Individualized Approach to Metastatic Renal Cell Carcinoma. *European Urology*, v. 75, p. 111-128, 2019. DOI: 10.1016/j.eururo.2018.09.016.
- [4] EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY (EAU). EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma. 2025. Disponível em: <https://uroweb.org/guidelines/renal-cell-carcinoma/chapter/disease-management>. Acesso em: 08/01/2026.