

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC
Curso de Medicina
Trabalho de Conclusão de Curso

Tumor sincrônico colorretal e renal: uma rara incidência

Gama-DF

2021



(61) 3035-3900



www.uniceplac.edu.br



Área Especial para Indústria
Lote nº 02, Bloco A, Sala 304,
Setor Leste, Gama, Brasília, DF
CEP 72.445-020

THAYNARA GIOVANNA TITO DELFINO

Tumor sincrônico colorretal e renal: uma rara incidência

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientadora: Profa. Esp. Valéria Cardoso Pinto

Gama-DF

2021



(61) 3035-3900



www.uniceplac.edu.br



Área Especial para Indústria
Lote nº 02, Bloco A, Sala 304,
Setor Leste, Gama, Brasília, DF
CEP 72.445-020

THAYNARA GIOVANNA TITO DELFINO

Tumor sincrônico colorretal e renal: uma rara incidência

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama, 10 de junho de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Esp. Valéria Cardoso Pinto
Orientadora

Prof. Me. Alessandro Ricardo Caruso da Cunha
Examinador

Prof. Me. Flavio Jose Dutra de Moura
Examinador



Tumor sincrônico colorretal e renal: uma rara incidência

Thaynara Giovanna Tito Delfino¹

Resumo:

Introdução: O câncer colorretal é a doença maligna mais comum do trato gastrointestinal. O número de casos tem aumentado devido ao uso de novas técnicas e tecnologia para diagnóstico precoce da doença. Já o carcinoma de células renais representa entre 2% e 3% dos casos de cânceres. O carcinoma de células claras é o subtipo histológico mais frequente na população e pode estar relacionado a síndromes hereditárias não polipoides. O tumor sincrônico entre esses dois tipos de cânceres é de ocorrência bastante rara e de etiopatogenia multifatorial, mas ainda indefinida. **Objetivo:** Este artigo é um relato de caso e tem o intuito de discutir e relatar a sincronia entre um câncer colorretal e um carcinoma renal cujo caso apresenta rara incidência na população mundial. **Metodologia:** Os dados obtidos referentes ao relato de caso foram colhidos do prontuário da paciente no Hospital Regional do Gama-DF (HRG-DF) entre os meses de novembro de 2016 e maio de 2017, período este de rastreamento até o momento pós retossigmoidectomia. Para a revisão e discussão deste artigo foram utilizadas as bases de dados Lilacs, Scielo, Medline, BVS e Pubmed, além de consulta a periódicos. **Conclusão:** O principal tratamento é a ressecção cirúrgica da região acometida com as margens livre de neoplasias. O prognóstico da doença, em geral, depende do grau de estágio a qual se encontra a doença, o tipo celular, o nível de diferenciação do tumor e a extensão cirúrgica.

Palavras-chave: Câncer colorretal. Retossigmoidectomia. Câncer sincrônico. Colonoscopia. Carcinoma renal. Células claras.

Abstract:

Introduction: Colorectal cancer is a common malignant disease of the gastrointestinal tract. The number of cases has increased due to the use of new techniques and technology for early diagnosis of the disease. Kidney cell carcinoma accounts for between 2% and 3% of cases of cancers. Clear cell carcinoma is the most frequent histological subtype in the population and may be related to non-polyloid hereditary syndromes. The synchronic tumor between these two types of cancers of very rare occurrence and multifactorial but still indefinite etiopathogenesis. **Objective:** This article aims to discuss and synchronize between colorectal cancer and a renal carcinoma whose case has an incidence in the world population. **Methodology:** The data obtained referring to the case report from the patient's medical records were not Hospital Regional do Gama-DF (HRG-DF) between November 2016 and May 2017, this period of screening until the moment post-rectosigmoidectomy. For a review and discussion of the article, such as databases Lilacs, Scielo, Medline, BVS and Pubmed, in addition to consulting periodicals. **Conclusion:** The main treatment is a surgical resection of the affected region with margins free of neoplasias. The prognosis of the disease, in general, depends on the degree of stage in a physical situation, the cell type, the fluid of differentiation of the tumor and surgical extension.

¹ Graduanda do Curso Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: thaynara.giovanna@hotmail.com.



Keywords: Colorectal cancer. Rectosigmoidectomy. Synchronic cancer. Colonoscopy. Renal carcinoma. Clear cells.



1. INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é a doença maligna mais comum do trato gastrointestinal. O número de casos tem aumentado devido ao uso de novas técnicas e tecnologia para diagnóstico precoce da doença. Esse tumor está relacionado aos hábitos alimentares, comportamentais e ambientais (ANDRADE e PEREIRA, 2007).

O índice de mortalidade decorrente dessa neoplasia, ao contrário da incidência, diminuiu com o diagnóstico precoce (ANDRADE e PEREIRA, 2007). O câncer colorretal é bastante incidente na população brasileira, sendo que na população masculina chega a ser o terceiro câncer mais frequente estando atrás apenas da neoplasia prostática e de pulmão (ANDRADE E PEREIRA, 2007; BRASIL, 2016). Na população feminina brasileira, o câncer de cólon e reto é o segundo mais comum, o principal é o de mama (ANDRADE E PEREIRA, 2007; BRASIL, 2016).

O tumor intestinal está geralmente associado a síndromes genéticas hereditárias como a polipose adenomatosa familiar; câncer colorretal hereditário não polipoide (HNPCC), conhecida também como síndrome de Lynch; síndrome do carcinoma colorretal hereditário; polipose juvenil familiar; síndrome do adenoma plano e síndrome de Peutz-Jeghers. E além das síndromes genéticas esse tipo de tumor sofre influência de outros fatores para seu desenvolvimento (ANDRADE E PEREIRA, 2007).

Em pacientes com mais de 60 anos a incidência aumenta, sendo mais rara em pacientes com idade inferior a 50 anos e o local de maior frequência é o retossigmoide. O exame de colonoscopia é indispensável para diagnosticar e estadiar o tumor, dada a frequência e a relevância da doença. O prognóstico desses pacientes relaciona-se diretamente com o estadiamento da doença e a descoberta precoce. Os segmentos encontrados ainda no estágio I apresentam 90% de cura e bons resultados diante aos tratamentos químico e radioterápicos mesmo que o principal tratamento ainda seja a ressecção cirúrgica (ANDRADE E PEREIRA, 2007; NATHANSON, 2015).

Já o carcinoma de células renais representa entre 2% e 3% dos casos de cânceres. Esse tumor caracteriza-se por uma lesão sólida no rim e é responsável por aproximadamente 90% dos



casos de doenças malignas nesse órgão. O carcinoma de células claras é o subtipo histológico mais frequente na população e pode estar relacionado a síndromes hereditárias não polipoides. Esse tipo histológico de câncer renal é mais frequente em homens do que em mulheres e geralmente acomete pacientes entre 60 e 70 anos (MORK et al., 2015).

O surgimento desse tumor está associado, principalmente, aos hábitos de vida como a obesidade, fatores alimentares, tabagismos e hipertensão arterial. O aumento da sua incidência também deve estar ligado ao aumento na sensibilidade e especificidade das técnicas de diagnóstico (MORK et al., 2015).

O tumor sincrônico é definido por duas ou mais neoplasias que se desenvolveram no mesmo intervalo de tempo ou até um ano após o primeiro diagnóstico. Além disso, devem apresentar malignidades diferentes, tipos histológicos distintos e a possibilidade de um ser metástase do outro deve ser excluída (MORO, 2014; KOZOKIC et al., 2011).

2. METODOLOGIA

Os dados obtidos referentes ao relato de caso foram colhidos do prontuário da paciente no Hospital Regional do Gama-DF (HRG-DF) entre os meses de novembro de 2016 e maio de 2017, período esse de rastreio até o momento pós retossigmoidectomia.

Para a revisão e discussão deste artigo foram utilizadas as bases de Lilacs, Scielo, Medline, BVS e Pubmed, além de consulta a periódicos.

3. RELATO DE CASO

Paciente N.M.S.O., sexo feminino, parda, 56 anos, natural de Minas Gerais, procedente e residente do Gama-DF, casada e do lar deu entrada na unidade hospitalar com queixa de dor abdominal do tipo em pontada, em fossa ilíaca esquerda, de moderada a forte intensidade, de início há três meses da primeira consulta. Queixava-se ainda da alteração do hábito intestinal, sendo



observada a diminuição da frequência e do volume das evacuações. Frequentemente apresentava fezes escurecidas de odor fétido e característico, melena. A paciente também se apresentava anêmica em uso de sulfato ferroso e teve perda ponderal de 16 kg durante esse intervalo de tempo. Ainda negava qualquer sintoma renal.

N.M.S.O., relatava ser diabética controlada com o uso de metformina e dieta, hipertensa também sob controle de medicação anti-hipertensiva. Desconhece ser alérgica a qualquer medicação. Nega tabagismo e etilismo, sendo esses seus antecedentes pessoais.

Ao exame físico a paciente apresentava-se lúcida orientada no tempo e no espaço (LOTE), em regular estado geral, face atípica, emagrecida e hipocorada 2+/4+. Na ausculta cardíaca presença de bulhas normofonéticas em dois tempos sugerindo padrões de normalidade. Possuía abdômen globoso e flácido, à ausculta possuía níveis hidroaéreos diminuídos, à palpação revelava massa em fossa ilíaca esquerda de aspecto pétreo e doloroso.

Nos primeiros exames o colonoscópico encontrou-se uma lesão ulcero-vegetante, substenosante, circunferencial e não permeável ao aparelho sugerindo uma lesão tumoral no sigmoide. A tomografia de tórax descrevia pequenas calcificações hiperdensas na lateral do lobo médio medindo cerca de 2,5 mm de diâmetro. Na tomografia de abdômen, foi descrito nodulação hipodensa no segmento IV medindo aproximadamente 3,4 cm de diâmetro. Apresentava também área de estreitamento intestinal na região do cólon sigmoide, espessamento parietal do seguimento descendente e, ainda, uma lesão lobulada e complexa no polo superior do rim esquerdo, medindo 4,4 por 4,3 cm exibindo focos grosseiros de calcificações. Já a ressonância, relata como principal achado as nodulações hepáticas no seguimento VIII medindo 3,5 a 3,3 por 2,3 cm.

No entanto, na ressonância feita dias antes da cirurgia, foram observados a evolução do câncer renal que aumentou sua extensão medindo neste momento 5,0 por 4,7 cm de diâmetro invadindo ainda a medula renal, toda espessura cortical renal, a fásia de Gerota e as gorduras perirrenais. Dessa forma, estava apresentando planos de clivagem na cauda pancreática, no baço, no cólon descendente e na artéria e veia renal, sendo observado ainda neoangiogênese. No fígado,



o número de nodulações aumentou acometendo os segmentos II, IV, V, VI e VII, sendo que a lesão do segmento V é a maior com aproximadamente 6,1 por 5,0 cm, ou seja, quase dobrou de tamanho em relação ao primeiro exame.

Após a ressecção cirúrgica foi enviado à análise histopatológica os fragmentos da área afetada. A peça intestinal retirada possuía 12,5 cm de comprimento apresentando lesões brancacentas, endurecidas e úlcero-estenotantes comprometendo toda a espessura da parede e gordura adjacente invadindo para segmentos do omento. Na gordura mesocólica foram isolados e dissecados 11 nódulos. Era um tumor colorretal do tipo adenocarcinoma moderadamente diferenciado com áreas de células em anel de sinete que já perfurava o peritônio visceral e invadia estruturas adjacentes com metástase em 8/11 linfonodos isolados. Estadiando assim T4a, N2b e Mx (Anexo A, quadro 1).

Já o histopatológico do rim descreveu uma peça de 9,0 a 5,5 por 4,3 cm de dimensão com tumoração no polo superior, de coloração pardo-esbranquiçada, com áreas de aspecto calcificado. Havia pouca gordura perirrenal aderida à lesão. O tipo celular encontrado indicava um carcinoma de células renais do tipo células claras de arquitetura tubular e trabecular. A lesão possuía Fuhrman grau II e com áreas de necrose focal e hemorragias presentes, sendo estadiado T1a, Nx e Mx (Anexo B, quadro 2).

No pós-cirúrgico, a paciente evoluiu bem sem queixa de dores e processos inflamatórios. Neste caso, não houve a necessidade do uso da bolsa de colostomia, uma vez que foi feita sutura intestinal com grampeador circular. Já no quinto dia de pós-operatório apresentava trânsito intestinal regular, deambulava normalmente e dieta enteral. O seguimento está sendo feito periodicamente concomitante à quimio e radioterapia acompanhada do oncologista.

4. DISCUSSÃO

O carcinoma de células renais do tipo células claras e o adenocarcinoma de cólon com células em anel de sinete são tumorações, isoladamente, bastante frequentes. Entretanto, a sincronia



entre os cânceres supracitados é de incidência muito rara. Kozokic et al., (2011) afirmam que estudos feitos em autópsia a simultaneidade entre o câncer de cólon e o câncer de rim pode variar entre 4 e 9% dos casos, enquanto para outros autores como Capra et al., e Andrade et al., a incidência é ainda menor. Quando acontece de o tumor renal ser assintomático, este se torna ainda mais raro, variando entre 0,03 e 0,5% (KOZOKIC et al., 2011).

Esse tipo de neoplasia sincrônica tem causa pouco definida e é bastante complexa. A etiologia dessa doença maligna tem caráter multifatorial tendo influência genética, ambiental e comportamental. O uso de tabaco, de álcool, a poluição, os raios ultravioletas, o tratamento químico e radioterápico e as alterações metabólicas são fatores que aumentam o risco de desenvolvimento da doença (KOZOKIC et al., 2011; DAFASHY et al., 2016).

O fator genético aqui envolvido está relacionado à síndrome de Lynch II que correlaciona ao câncer HNPCC com outros tumores de víscera, dentre eles o rim. Entretanto, não é encontrada uma diferença significativa na incidência entre as síndromes de Lynch I e II quando comparado o sexo, a idade, progressão e distribuição da doença (DAFASHY et al., 2016). Essas síndromes são caracterizadas pelo caráter autossômico dominante tendendo a desenvolver precocemente uma malignidade primária de cólon (KOZOKIC et al., 2011). E isso ocorre por uma falha nos genes MLH1, MSH2, MSH6 e PMS2 de reparo do DNA o que afeta a funcionalidade da célula aumentando o risco para o desenvolvimento do tumor de cólon (COTTI et al., 2000; RENAULT et al., 2017).

O principal exame usado para o diagnóstico do câncer de colorretal é a colonoscopia. Esse exame possibilita a visualização em tempo real das tumorações e das possíveis lesões sincrônicas. Além disso, permite a observar endoscopicamente toda a extensão do cólon, tem a capacidade de biopsiar o tumor para o diagnóstico, podendo ter, ainda, função terapêutica nas fases iniciais em que é possível a retirada do pólipó evitando o avanço da lesão (ANDRADE E PEREIRA, 2007; DAFASHY et al., 2016; KOZOKIC et al., 2011; NATHANSON, 2015).



Todavia, a tomografia computadorizada e o ultrassom são técnicas bastante usadas para o diagnóstico de neoplasias primárias e sincrônicas como no relato em questão (KOZOKIC et al., 2011). No caso do carcinoma de células renais assintomático, a tomografia se torna imprescindível, pois este acaba se tornando um achado incidental. Porém, esse diagnóstico feito precocemente favorece o prognóstico do paciente, uma vez que é um câncer de evolução maligna. (KOZOKIC et al., 2011; MORK et al., 2015).

Os exames laboratoriais também são fundamentais para a análise da condição do paciente. O hemograma, por exemplo, é imprescindível para avaliar o grau de anemia que o paciente apresenta devido ao sangramento intestinal crônico e para ver se há processo inflamatório ou indícios de translocação bacteriana. Além disso, através desses exames é possível fazer o rastreamento das neoplasias por meio dos marcadores tumorais tais como o CA-19.9 e o CEA (antígeno carcinoembrionário), embora sejam pouco específicos (ANDRADE e PEREIRA, 2007).

Os estudos dos exames de imagem, além de detectar neoplasias sincrônicas possibilitam, também, estadiar a lesão tumoral. Com eles é possível quantificar o grau de invasão no tecido e as estruturas vizinhas acometidas (ANDRADE e PEREIRA, 2007).

A retossigmoidectomia associada a nefrectomia total é o tratamento preconizado pelos especialistas. A ressecção cirúrgica da região afetada com as margens limpas diminui a probabilidade de que haja uma recidiva da lesão. A incisão cirúrgica mais comum usada pelos cirurgiões ainda é a laparotomia, pois acredita-se oferecer uma posição mais confortável e abrangente para o ato cirúrgico. Embora a laparoscopia estatisticamente diminua a morbimortalidade (KOZOKIC et al., 2011).

O prognóstico da doença é muito variável e depende de diversos fatores que podem influenciar positiva ou negativamente na sobrevida do paciente. São tidos como fatores o estadiamento dos tumores, o grau de diferenciação das células e a extensão cirúrgica (ANDRADE e PEREIRA, 2007).



5. CONCLUSÃO

Em consequência do discutido é possível inferir que o exame de colonoscopia é imprescindível no diagnóstico precoce da doença. No entanto, a tomografia também configura demasiada importância, uma vez que foi necessária para que visualizasse o tumor renal, as metástases decorrentes do câncer colorretal e para poder estabelecer o estadiamento (KOZOKIC et al., 2011; DAFASHY et al., 2016).

Além disso, pode ser observado que o principal tratamento é a ressecção cirúrgica da região acometida com as margens livre de neoplasias. Embora o tratamento quimioterápico tenha uma boa resposta não é indicado para casos de tumores mais avançados e descobertos tardiamente, sendo indicado a cirurgia ou, mesmo, o tratamento paliativo (KOZOKIC et al., 2011).

O prognóstico da doença, em geral, depende do grau de estadio a qual se encontra a doença, o tipo celular, o nível de diferenciação do tumor e a extensão cirúrgica. A idade de forma isolada não confere um agravante ao paciente, porém está relacionada a fatores genéticos que é fator de risco dessa doença (ANDRADE e PEREIRA, 2007; LJUNGBERG et al., 2014).

Entretanto, mesmo a paciente deste relato ter tido uma boa evolução pós-cirúrgica e uma ressecção completa das regiões afetadas com margem cirúrgica, o seu prognóstico não é positivo. Isso se deve ao estadiamento em que se encontra o tumor acima relatado e às células moderadamente diferenciadas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M. S.; PEREIRA, L. F. Synchronous Colorectal Câncer: **A Case Report and Literature Review**. Rev.Bras. Coloproct, 2007;27(1):069- 079.

BARBOSA, M. S.; COSTA, M. M.; MUZZI-CARNEIRO, B. G.; SAMPAIO, D. V.; COUTINHO, J. W. R.; LACERDA, L. T. **Tumores Sincrônicos em cólon, diagnosticados após perfuração: relato de caso** [Apresentação no 13º Simpósio Mineiro de Oncologia, abr. 6-11, Minas Gerais, Brasil].



CAPRA, F.; SCINTU, F.; ZORCOLO, L.; MARONGIU, L.; CASULA, G. **Synchronous colorectal and renal carcinomas. Is it a definite clinical entity?** *Chirurgia Italiana*, vol. 55, no. 6, pp. 903–906, 2003.

COTTI, G. C.; SANTOS, F. P. S.; SEBASTIANES, F. M.; HABR-GAMA, A.; SEID, V. E.; MARTINO, R. B. **Genetics of colorectal cancer.** *Rev Med (São Paulo)* 2000 abr./dez.;79 (2/4):45-64.

DAFASHY, T. J.; GHAFFARY, C. K.; KEYES, K. T.; SONSTEIN, J. **Synchronous Renal Cell Carcinoma and Gastrointestinal Malignancies.** Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Urology, 5, 2016.

FREITAS, A. M. S.; HARTMANN, A. A.; FREITAS, T. A. **Renal tumors: evaluation of prognostic factors in 98 cases from a reference hospital in Porto Alegre, Brazil.** *J Bras Patol Med Lab*, n. 1, 50 (8): 57-63, fev. 2014.

GOMES DA SILVA – INCA (BR). **Estimativa | 2016: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015

KOZOKIC, A.; ŞURLIN, V.; PETROVIC, B.; PETROVIC, V.; PRVANOVIC, G.; BERARU, I.; CHERIGI, S. **Considerations upon a case of synchronous primary malignancies: adenocarcinoma of the sigmoid and clear cell carcinoma of the right kidney.** *Rom J Morphol Embryol* 2011, 52(1 Suppl):509–511.

LJUNGBERG, B.; BENSALAH, K.; BEX, A.; CANFIELD, S.; DABESTANI, S.; HOFMANN, F.; HORA, M.; KUCZYK, M. A.; LAM, T.; MARCONI, L.; MERSEBURGER, A. S.; MINISTÉRIO DA SAÚDE INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR MORK, M.; HUBOSKY, S. G.; ROUPRÊT, M.; MARGULIS, V.; RAMAN, J.; LOTAN, Y.; O'BRIEN, T.; YOU, N.; SHARIAT, S. F.; MATIN, S. F. **Lynch Syndrome: A primer for urologist and recommendations.** *The Journal of Urology*. USA, p.21-9, fev. 9- 15.

MORO, J. C. **Câncer renal sincrônico a câncer de cólon direito: uma rara associação.** *UroVirt* 2014 Mar/Abr; 30(9): 4-12.

MUGLIA, V. F.; PRANDO, A. **Renal cell carcinoma: histological classification and correlation with imaging findings.** *Radiol. Bras.* 2015 Mai/Jun;48(3):166–174.



MULDERS, P. F. A.; POWLES, T.; STAEHLER, M. VOLPE, A. **Guidelines on Renal cell carcinoma.** European Association of Urology. 70, abr. 2014

NATHANSON, K. L. **Hereditary renal cancer syndromes.** Onco-Nephrology Curriculum, ANS 2015; 130: 97-103.

RENAULT, I. Z.; GUIDA, G. G. F.; DHAR, S. U. **Genética molecular aplicada ao câncer hereditário: O câncer colorretal como um modelo para o entendimento das síndromes de câncer familiar e de sua investigação.** Rev Oncogenética. 2017 Out 11-18.

SILVA, A.A.M.; NASER, S.; RODRIGUES, F.C.; MEDREI, N.R. **Neoplasias primárias sincrônicas: câncer colorretal e carcinoma de células renais.** J coloproctol (rio j). 2017;37(S1):73-176.



ANEXOS A - Classificação TNM

Quadro 1 - Classificação TNM

<p>Tumor primário (T)</p> <p>TX: Tumor primário não pode ser avaliado</p> <p>T0: Sem evidência de tumor primário</p> <p>Tis: Carcinoma <i>in situ</i>: intra-epitelial ou invasão da lâmina própria</p> <p>T1: Tumor invade a submucosa</p> <p>T2: Tumor invade a muscular própria</p> <p>T3: Tumor invade além da muscular própria, sem ultrapassar a subserosa ou os tecidos desperitonizados pericólicos ou perirretais</p> <p>T4: Tumor invade diretamente outros órgãos ou estruturas e/ou perfura o peritônio visceral</p>
<p>Linfonodos regionais (N)</p> <p>NX: N não pode ser avaliado</p> <p>N0: Ausência de metástase linfonodal</p> <p>N1: Metástase para 1 – 3 linfonodos</p> <p>N2: Metástase para mais de 4 linfonodos</p>
<p>Metástase (M)</p> <p>MX: M não pode ser avaliada</p> <p>M0: Ausência de metástase</p> <p>M1: Presença de metástase</p>

Fonte: Adaptado Rev. bras. Coloproct janeiro/março, 2007.



Quadro 2 - Classificação TNM do câncer renal

T - Tumor primário

TX: O tumor primário não pode ser avaliado

T0: Nenhuma evidência de tumor primário

T1: Tumor <7 cm na maior dimensão, limitado ao rim

T1a: Tumor <4 cm na maior dimensão, limitado ao rim

T1b: Tumor > 4 cm, mas <7 cm na maior dimensão

T2: Tumor > 7 cm na maior dimensão, limitado ao rim

T2a: Tumor > 7 cm, mas <10 cm na maior dimensão

T2b: Tumores > 10 cm limitados ao rim

T3: O tumor se estende nas veias principais ou invade diretamente a glândula adrenal ou os tecidos perinéricos, mas não na glândula adrenal ipsilateral e não além da fáscia de Gerota

T3a: O tumor se projeta grosseiramente para a veia renal ou seus ramos segmentares (contendo músculo) ou invade a gordura perigífera perirrenal e / ou renal (peripélvico) mas não além da fáscia de Gerota.

T3b: O tumor se projeta grosseiramente para a veia cava abaixo do diafragma

T3c: Tumor se estende grosseiramente na veia cava acima do diafragma ou invade a parede da veia cava

T4: O tumor invade além da fáscia de Gerota (incluindo a extensão contígua na glândula adrenal ipsilateral).

N - Nódulos linfáticos regionais

NX: Os gânglios linfáticos regionais não podem ser avaliados

N0: Nenhuma metástase de linfonodo regional

N1: Metástase em um único linfonodo regional

N2: Metástase em mais de 1 linfonodo regional

M - Metástase distante



M0: Nenhuma metástase distante

M1: Metástase distante

Agrupamento do estágio TNM

Estágio I: T1 N0 M0

Estágio II: T2 N0 M0

Estágio III: T3 N0 M0

T1, T2, T3 N1 M0

Estágio IV: T4 Qualquer N M0

Qualquer T N2 M0

Qualquer T Qualquer N M1

Fonte: Adaptado de European Association of Urology, 2014.



(61) 3035-3900



www.uniceplac.edu.br



Área Especial para Indústria
Lote nº 02, Bloco A, Sala 304,
Setor Leste, Gama, Brasília, DF
CEP 72.445-020

ANEXO B – Peças Cirúrgicas



Figura 1: Seguimento de intestino grosso (retossigmoide) fechado, medindo 12,5 cm de comprimento. Lesão brancacenta, endurecida, ulcero-estenossante, medindo 4,0 cm no maior eixo e distando 3,0 da margem mais próxima. Presença de seguimentos do omento com formações nodulares brancacentas e endurecidas.





Figura 2: *Consiste em rim esquerdo fechado medindo 9,0 x 5,5 x 4,3 cm. Presença de tumoração em um dos polos, de coloração pardoesbranquiçada, medindo 4,0 x 3,0cm, com áreas de aspecto calcificado de permeio. Presença de escassa gordura perirrenal focalmente aderida à lesão (Face anterior).*





***Figura 3:** Consiste em rim esquerdo fechado medindo 9,0 x 5,5 x 4,3 cm. Presença de tumoração em um dos polos, de coloração pardoesbranquiçada, medindo 4,0 x 3,0cm, com áreas de aspecto calcificado de permeio. Presença de escassa gordura perirrenal focalmente aderida à lesão (Face posterior).*



ANEXO C – EXAME HISTOPATOLÓGICO

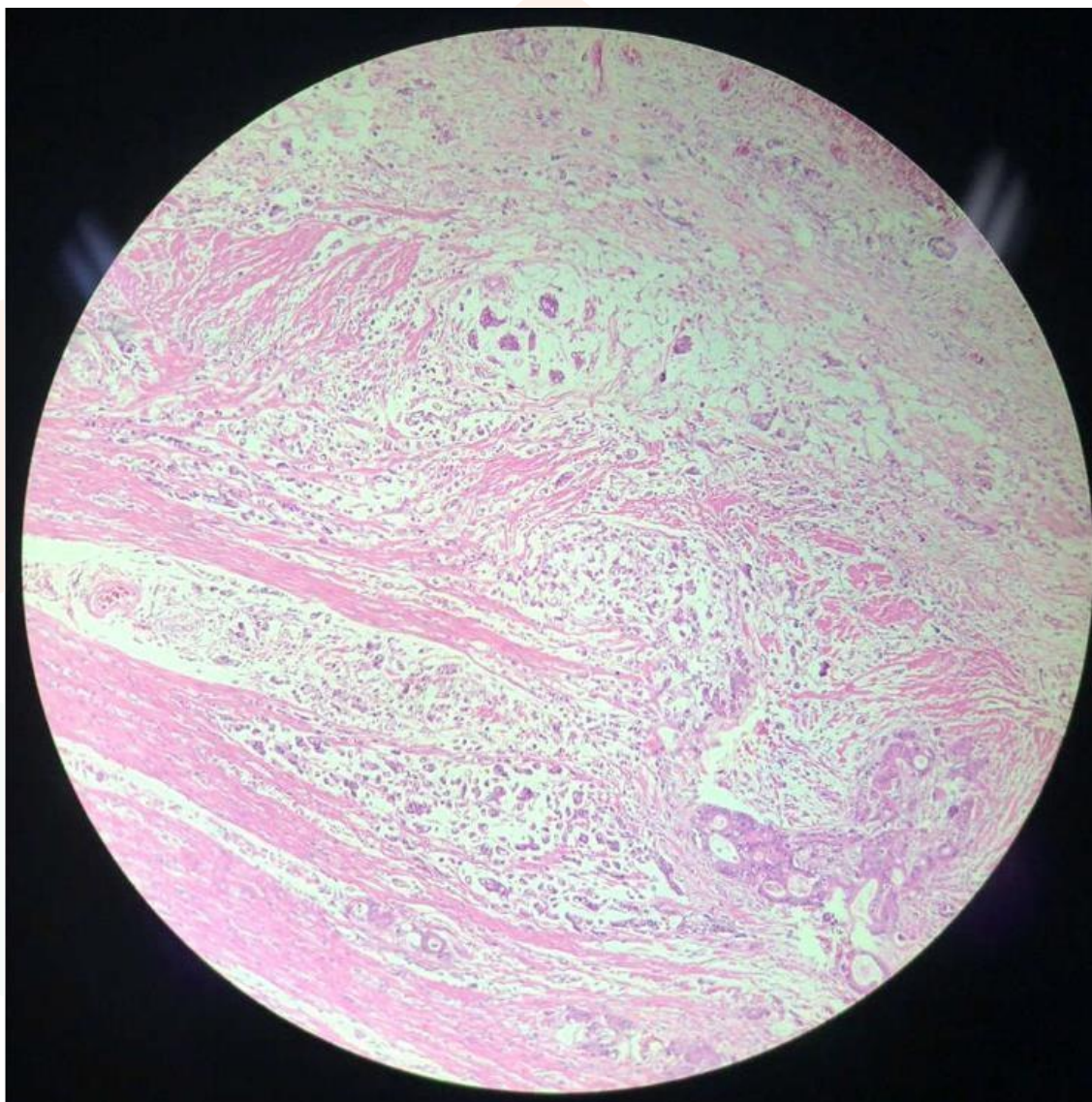


Figura 4: Adenocarcinoma de intestino moderadamente diferenciado com células tipo em anel de sinete.



(61) 3035-3900



www.uniceplac.edu.br



Área Especial para Indústria
Lote nº 02, Bloco A, Sala 304,
Setor Leste, Gama, Brasília, DF
CEP 72.445-020

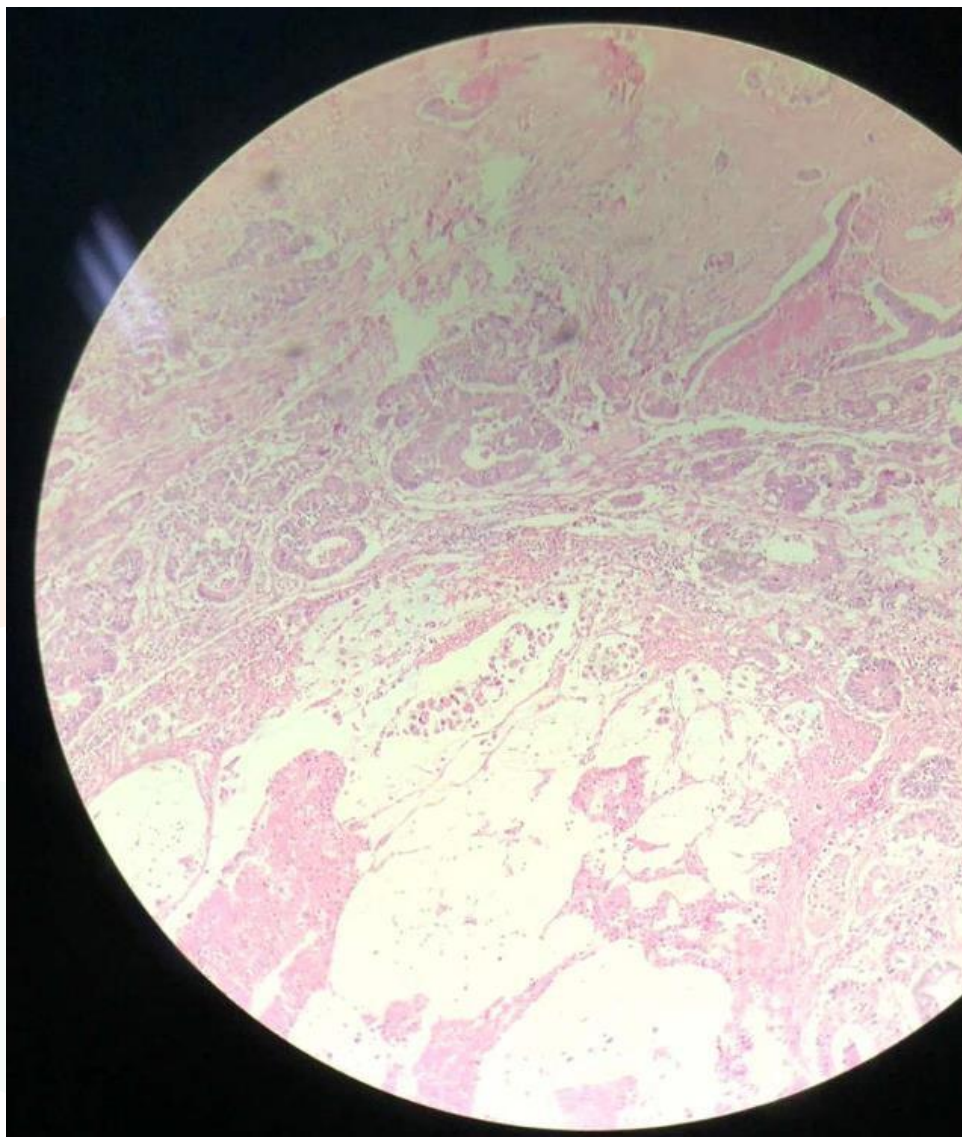


Figura 5: Adenocarcinoma com células moderadamente diferenciadas e área de tecido glandular preservada.



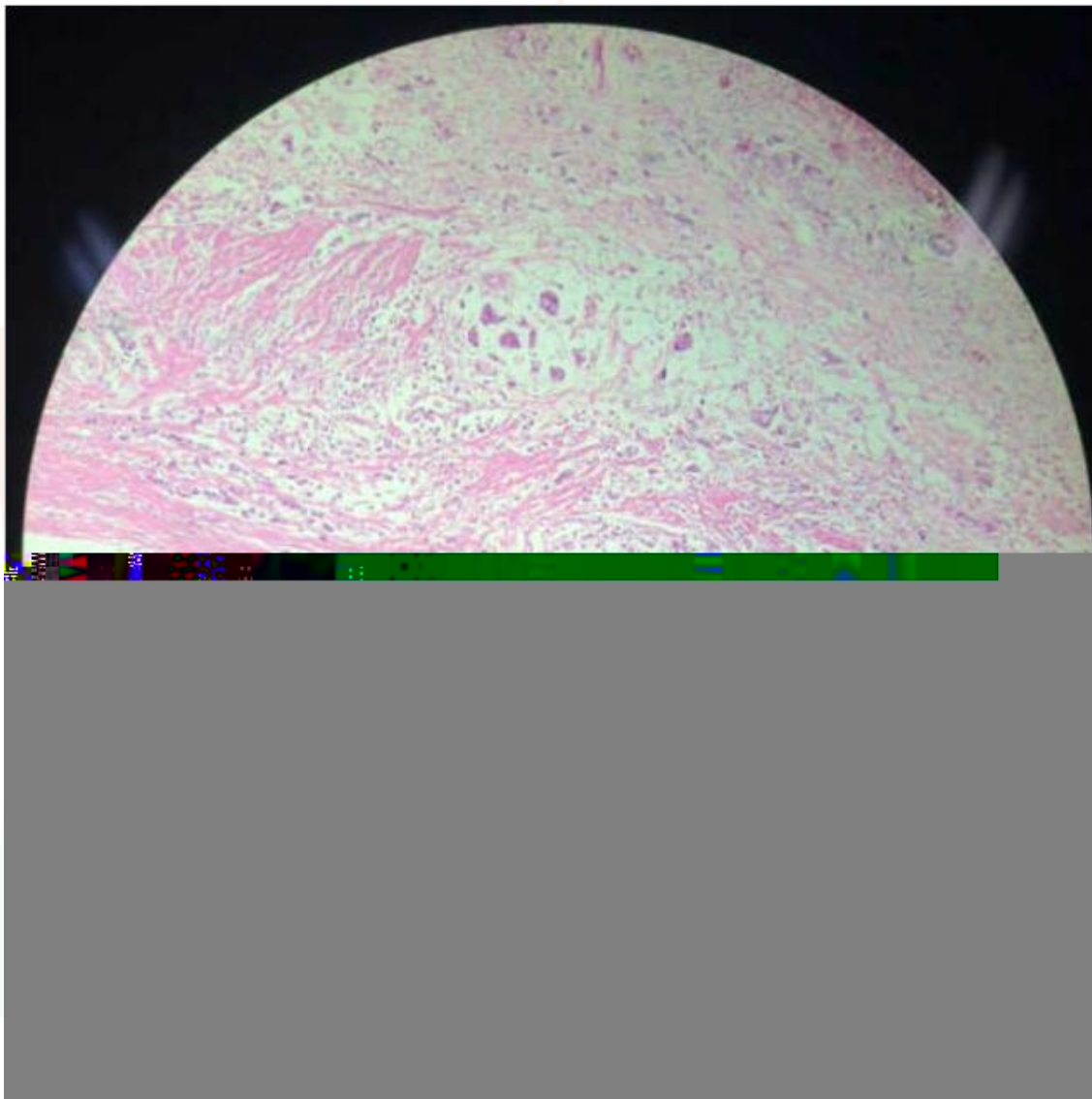


Figura 6: Histopatológico do carcinoma de células renais tipo células claras com arquitetura tubular e trabecular. Presença de áreas de hemorragias e focos de calcificação.



ANEXO D – AUTORIZAÇÃO PARA O USO DO ARTIGO COMO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Autorização para o uso do artigo como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sendo a mesma proprietária dos direitos autorais do artigo “Tumor sincrônico colorretal e renal: uma rara incidência”.

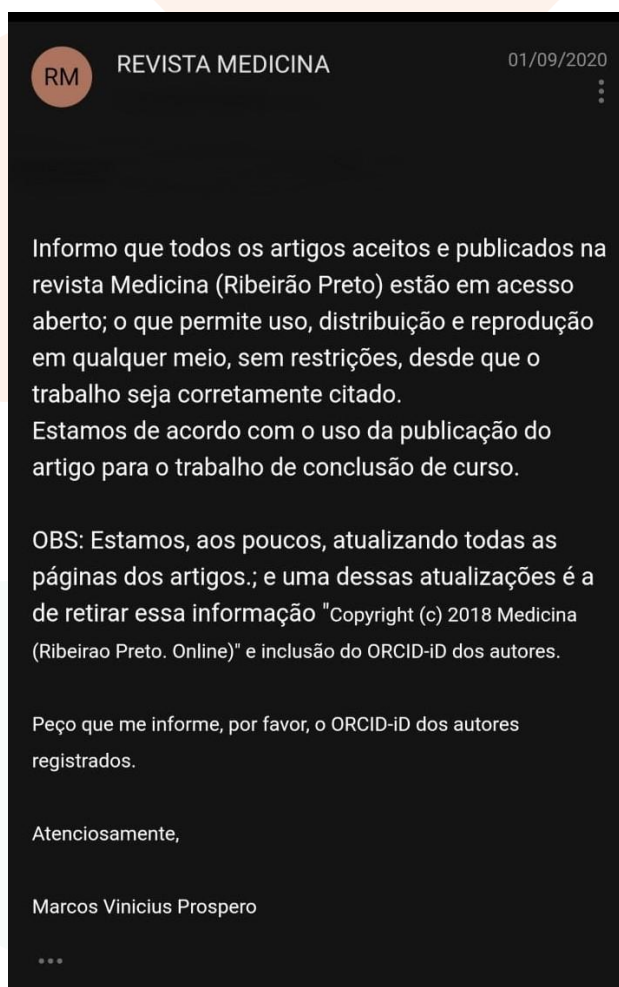


Figura 7: E-mail da Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Revista USP) relatando a autorização para utilização do artigo como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).



Agradecimentos

Começo por agradecer a Deus e Nossa Senhora, pois sem eles nada dessa jornada, complicada e desgastante, seria possível de ser realizada. Eles me mostraram o melhor caminho nos momentos em que pensei em desistir. Proporcionaram saúde, força e dedicação. Agradeço ainda a eles, por me concederem pais maravilhosos, que estiveram comigo em todo percurso, por todo amor, incentivo, apoio e a todas oportunidades que proporcionaram para que eu chegasse até aqui. Amo vocês.

Não posso deixar de agradecer ao meu irmão, Dr. Guilherme, meu maior espelho de médico e pessoa empática. Agradeço a ele por todo apoio, incentivo, horas de dedicação, paciência, ensinamentos, companheirismo e cumplicidade em todos os momentos da minha vida, foi principalmente graças a todo incentivo dele que recebi durante estes anos que hoje posso celebrar este marco na minha vida. Te amo.

Deixo também um agradecimento especial aos meus orientadores, Dra. Valéria Cardoso Pinto e Dr. Bruno Vilalva Mestrinho, pois proporcionaram um espaço que privilegiaram meu conhecimento com casos raros de seus pacientes, sem eles este artigo não seria possível de ser realizado. Sendo assim, agradeço pela orientação, apoio e confiança.

E a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte da minha jornada de formação, fazendo com que esta fase fosse um dos melhores ciclos da minha vida, o meu muito obrigado.

“Fais de ta vie un rêve, et d’un rêve, une réalité.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

