

Tumor de Wilms e Tuberculose: Diagnósticos diferenciais num caso de apresentação simultânea

Maria do Bom Sucesso¹, Ana Maia Ferreira¹, Íris Maia³, Armando Pinto¹, Norberto Estevinho², Lucília Norton¹

RESUMO

O Tumor de Wilms é o tumor renal mais frequente na criança. A terapêutica actual, que inclui quimioterapia, cirurgia e radioterapia, é o resultado da colaboração multidisciplinar entre grupos internacionais. As taxas de cura actuais atingem os 90%. O correcto estadiamento tem implicações terapêuticas e prognósticas, sendo o local de metastização à distância mais frequente o pulmão. Dada a elevada prevalência da tuberculose pulmonar no nosso país, este é um diagnóstico diferencial a equacionar na presença de consolidação pulmonar, mesmo na criança com doença oncológica.

Os autores apresentam um caso clínico de uma criança de 4 anos de idade, com diagnóstico de nefroblastoma e hipodensidade pulmonar. O estudo complementar levou ao diagnóstico de tuberculose pulmonar. Abordam-se as dificuldades de diagnóstico e planeamento terapêutico.

Nascer e Crescer 2006; 15(1): 37-38

INTRODUÇÃO

O Tumor de Wilms é o tumor renal mais frequente na criança, ocorrendo habitualmente na faixa etária abaixo dos 5 anos de idade. Pode apresentar-se como uma massa abdominal assintomática. A metastização habitualmente dá-se para os pulmões, ganglios linfáticos regionais

e fígado. Nos centros europeus o tratamento baseia-se na quimioterapia pré-operatória, cirurgia e tratamento pós-operatório que depende também do estadiamento patológico e grupo de risco.

Os autores apresentam um caso clínico de uma criança de 4 anos de idade, enviada ao nosso Hospital com a suspeita de diagnóstico de nefroblastoma.

O estadiamento revelou imagem de hipodensidade do lobo superior esquerdo pulmonar. A aparente discrepância dos achados imagiológicos a nível pulmonar e as características habituais das metástases pulmonares do Tumor de Wilms, levaram à investigação de outras etiologias e ao diagnóstico de tuberculose pulmonar. Os autores discutem as dificuldades diagnósticas e de planeamento terapêutico que se colocaram neste caso de apresentação simultânea de tumor de Wilms e tuberculose.

CASO CLÍNICO

Criança de 4 anos de idade levada ao Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital da área de residência por tumor abdominal notado pelos pais 2 dias antes, sem qualquer sintoma acompanhante. Os antecedentes familiares e pessoais eram irrelevantes nomeadamente sem contactos com tuberculose conhecidos, sem registo de qualquer prova de Mantoux no calendário de vacinação que se encontrava actualizado. Graffar classe V. No Hospital de origem realizou ecografia abdominal que revelou lesão expansiva, sólida, heterogénea, com provável ponto de partida no rim esquerdo. Estes dados foram confirmados pela TAC abdominal que confirmou volumosa neoformação com 12 x 17 cm de diâmetro, que ultrapassava a linha média e empurrava contra-lateralmente as estruturas vasculares retroperitoneais. Vi-

sualizado também conglomerado adeno-pático ao nível da emergência dos vasos renais. A TAC torácica mostrou imagem de condensação no lobo pulmonar superior esquerdo com imagem de broncograma aéreo. Foi então enviado ao nosso Hospital. Ao exame objectivo aquando da admissão apresentava bom estado geral, sem sinais de dificuldade respiratória, auscultação pulmonar normal. À palpação abdominal era evidente uma volumosa massa de consistência dura e indolor ocupando todo o flanco esquerdo, ultrapassando a linha média. Completou então o estudo com os seguintes exames complementares: hemograma que foi normal; bioquímica completa que revelou DHL de 1015 U/L, sem outras alterações; ecocardiograma normal. Para excluir neuroblastoma foram doseadas as catecolaminas na urina e realizou cintilograma com I123 MIBG que foram normais. O exame histopatológico da biópsia do tumor (agulha e Tru-cut®) revelou nefroblastoma com predomínio do componente blastematoso. Perante os dados imagiológicos foi decidido investigar outras etiologias para a imagem de condensação a nível pulmonar, nomeadamente infecciosas. Realizou então Prova tuberculínica (0,1 ml 2U RT23) que apresentou uma induração de 14 mm. Na pesquisa de BK no suco gástrico (3 amostras) o exame directo com coloração ZN e a PCR para BK foram ambos negativos. O exame cultural ficou em curso. O rastreio de conviventes (efectuado no Centro de Doenças Pulmonares) foi negativo. Verificou-se nesta altura um agravamento súbito com dificuldade respiratória, febre, hipertensão arterial (HTA) e aumento do volume abdominal. A telerradiografia de tórax (Rx) revelou derrame pleural esquerdo e a manutenção da imagem de hipotransparência no lobo superior. Repe-

¹ Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

² Serviço de Cirurgia Pediátrica do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

³ Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar do Alto Minho - Viana do Castelo

tiu TAC toraco-abdominal que confirmou derrame pleural, imagem de condensação pulmonar com características sobreponíveis á anterior e mais um pequeno nódulo de dimensões infra-centimétricas também no lobo superior esquerdo. A nível abdominal não se confirmou aumento das dimensões tumorais nem ascite. O exame directo e PCR do líquido pleural foram negativos para BK. O exame cultural ficou em curso. Iniciou tratamento pré-operatório para Tumor de Wilms metastizado, de acordo com o Protocolo da SIOP (Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica) e terapêutica anti-tuberculosa com isoniazida, rifampicina e pirazinamida. A HTA foi controlada com enalapril. Cumpriu então as 6 semanas preconizadas de quimioterapia com actinomicina, vincristina e doxorubicina. Verificou-se uma regressão rápida do quadro de dificuldade respiratória e melhoria do estado clínico, sendo que 6 dias após início do tratamento já não era visível imagem de derrame no Rx, mantendo no entanto a imagem de hipotransparência á esquerda. Razoável tolerância á quimioterapia com toxicidade hepática grau III e hematológica grau IV, sem intercorrências infecciosas de relevo. A avaliação imagiológica pré-operatória mostrou imagem pulmonar de condensação com características sobreponíveis mas já sem derrame ou nódulos e a nível abdominal uma diminuição franca das dimensões tumorais. Os exames culturais para BK continuavam sem qualquer crescimento nesta altura. Realizada então cirurgia do tumor primário tendo-se conseguido uma exérese completa com nefrectomia, adrenalectomia e linfadenectomia para aórtica. O exame histopatológico revelou neoplasia renal sem invasão da cápsula, com índice de necrose de 90%. O tumor viável apresentava características de blastema renal pouco diferenciado mas não anaplásico. Conglomerado adenopático com extensas áreas de necrose sem tumor residual. Estes dados permitiram incluir o tumor no Estádio III local e Grupo de Risco Intermédio, segundo o Protocolo da SIOP. De acordo com a informação de negatividade definitiva do exame cultural de BK no suco gástrico suspendeu terapêutica anti-tuberculosa após 2 meses de terapêutica tripla. No entanto, alguns

dias depois tivemos acesso ao resultado do exame cultural do líquido pleural com crescimento de *Mycobacterium tuberculosis* sensível a todos os antituberculosos. Com base na evolução imagiológica das imagens pulmonares (uma imagem de hipotransparência com broncograma aéreo que mantinha as mesmas características na avaliação pré-operatória, uma imagem nodular que desaparece) foi decidido prosseguir tratamento pós-operatório com quimioterapia para t. Wilms metastizado no Estádio III local, Grupo de Risco intermédio mas cujas metástases regrediram completamente com a quimioterapia pré-operatória. Este tratamento inclui radioterapia abdominal e quimioterapia com actinomicina, vincristina e doxorubicina durante 28 semanas. Prosseguiu também tratamento com isoniazida e rifampicina. Actualmente, encontra-se na 20 semana de quimioterapia e com 7 meses de terapêutica anti-tuberculosa. O Rx de controlo mostra uma regressão parcial da imagem de hipotransparência pulmonar.

DISCUSSÃO

Este caso colocou óbvias dúvidas não só no diagnóstico inicial como no tratamento a utilizar. Com uma prova de Mantoux de 14 mm foi claro iniciar o tratamento com antituberculosos. Nesta altura colocaram-se no entanto várias questões: estariamos perante uma tuberculose infecciosa ou doença? Tratava-se de um nefroblastoma metastizado ou não? Ao assumir que todas as lesões pulmonares visualizadas na TAC seriam de tuberculose corriamos o risco de instituir um regime de quimioterapia menos agressiva (preconizada para os tumores localizados) com óbvias implicações no prognóstico. Na avaliação imagiológica pré-operatória, após uma quimioterapia que induziu um índice de necrose > a 90% no tumor primário, observamos o desaparecimento do nódulo pulmonar visualizado inicialmente mas persistência da imagem de hipotransparência do lobo superior esquerdo com características sobreponíveis. Posteriormente tivemos a confirmação de tuberculose pulmonar doença.

Não existem consensos quanto á duração ideal do tratamento antituberculoso nestes doentes imunodeprimidos. No

entanto, pensamos em continuar o tratamento até completar um ano de duração.

Finalmente, como já referido, o esquema de tratamento utilizado preconiza quimioterapia pré-operatória. A apresentação deste caso clínico pretende também chamar a atenção para a necessidade de referenciação precoce a um centro oncológico.

WILMSTUMOUR AND TUBERCULOSIS: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS IN A CASE OF SIMULTANEOUS PRESENTATION

ABSTRACT

Wilms tumour (WT) is the most common renal tumour in children. Treatment includes chemotherapy, surgery and radiotherapy and is the result of successful multidisciplinary collaboration of international groups. The survival rate is nearly 90%. Correct staging is critical for treatment planning and estimating outcome. When distant metastases are present they usually involve the lung. Due to the high prevalence of pulmonary tuberculosis in our country, this diagnosis should always be remembered even in a child with cancer.

The authors present the case of a 4-year-old child with nephroblastoma and a lung consolidation in which the study workout proved to be pulmonary tuberculosis.

Nascer e Crescer 2006; 15(1): 37-38

BIBLIOGRAFIA

1. Pizzo P, Poplack D, Principles and Practice of Pediatric Oncology, Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 2002
2. Pereira L, Marques L, Castro C, Vaz L G. Diagnóstico e tratamento da tuberculose em Pediatria. Acta Pediatr Port, 2003; 2(34): 113-116
3. Metzger M, Dome J Current Therapy For Wilms Tumor. The Oncologist 2005; 10: 815-26
4. Corey B, Yang C, Wilimas J, Davidoff A, Dome J. Significance of Pleural Effusion at Diagnosis of Wilms Tumor. Pediatr Blood Cancer 2004; 42: 145-148