

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS INSTITUTO DE BIOLOGIA

TÁSSIA OLIVEIRA BIAZON

AVALIAÇÃO DE CANDIDATOS A BIOMARCADORES MOLECULARES PARA PACIENTES COM TUMOR DE WILMS NO BRASIL

CAMPINAS 2023

TÁSSIA OLIVEIRA BIAZON

AVALIAÇÃO DE CANDIDATOS A BIOMARCADORES MOLECULARES PARA PACIENTES COM TUMOR DE WILMS NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Instituto de Biologia da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do Título de Mestra em Genética e Biologia Molecular, na Área de Genética Animal

Orientadora: DRA. MARIANA CAMARGO MASCHIETTO

Coorientador: DR. JOSÉ ANDRÉS YUNES

ESTE ARQUIVO DIGITAL CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA TÁSSIA OLIVEIRA BIAZON, E ORIENTADA PELA DRA. MARIANA CAMARGO MASCHIETTO

CAMPINAS

2023

Ficha catalográfica Universidade Estadual de Campinas Biblioteca do Instituto de Biologia Mara Janaina de Oliveira - CRB 8/6972

Biazon, Tássia Oliveira, 1990-

B47a Avaliação de candidatos a biomarcadores moleculares para pacientes com tumor de Wilms no Brasil / Tássia Oliveira Biazon. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

> Orientador: Mariana Camargo Maschietto. Coorientador: José Andrés Yunes. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Biologia.

> 1. Nefroblastoma. 2. Tumores embrionários. 3. Biomarcadores tumorais. 4. Amplificação multiplex de sondas dependente de ligação. I. Maschietto, Mariana, 1980-. II. Yunes, José Andrés, 1967-. III. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Biologia. IV. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Evaluation of molecular biomarker candidates for patients with Wilms tumor in Brazil Palavras-chave em inglês: Nephroblastoma Embryonal tumors Biomarkers, Tumor Multiplex ligation-dependent probe amplification Área de concentração: Genética Animal e Evolução Titulação: Mestra em Genética e Biologia Molecular Banca examinadora: Mariana Camargo Maschietto [Orientador] Maraysa de Oliveira Melo Maria Cristina Rodrigues Rangel Data de defesa: 15-12-2023 Programa de Pós-Graduação: Genética e Biologia Molecular

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

ORCID do autor: https://orcid.org/0000-0001-5577-8061
 Currículo Lattes do autor: http://lattes.cnpq.br/9712136258915399

Campinas, 15 de dezembro de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Mariana Camargo Maschietto

Profa. Dra. Maraysa de Oliveira Melo

Profa. Dra. Maria Cristina Rodrigues Rangel

Os membros da Comissão Examinadora acima assinaram a Ata de Defesa, que se encontra no processo de vida acadêmica do aluno.

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular do Instituto de Biologia da Unicamp

DEDICATÓRIA

Ao meu amor, William, meu companheiro de vida, de sonhos e de desafios, que com muito carinho e paciência, me permite ser melhor a cada dia.

À minha mãe, Daveniza, e ao meu pai, Gilmar, pelo amor e dedicação em todas as fases da minha vida.

Aos pacientes com tumor de Wilms do passado, do presente e do futuro, e em especial àqueles que participaram deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor, Deus do Universo:

Por todas as bênçãos já recebidas e por todos os desafios já superados. Por conduzir-me pelos melhores caminhos. Agradeço a Deus por me permitir sentir, pensar e agir.

Ao meu amor, William:

Por ser a minha maior fonte de motivação, com quem divido todos os meus sonhos e as minhas conquistas. Por me proporcionar tantos sorrisos e por enxugar as minhas lágrimas. Pelo seu amor, parceria e paciência. Por sua presença em minha vida, tornandoa mais brilhante. Pelo nosso (re)encontro nesse vasto mundo, que eu ganhei com você.

Aos meus pais, Daveniza e Gilmar:

Por serem os maiores incentivadores da minha jornada profissional, que desde a infância me instruíram sobre a importância do estudo e da dedicação. Por me permitirem sonhar e por sonharem comigo. Pelo amor de cada dia e por tudo que não é possível materializar-se em palavras. Registro aqui a minha felicidade e a minha gratidão por serem vocês os meus primeiros mestres.

Ao meu irmão e cunhada, Gilmar Júnior e Christiane:

Pela cumplicidade e parceria, que desde sempre temos um com o outro e a certeza de que sempre poderemos olhar ao lado e saber que estaremos juntos para o que der e vier. Pelos momentos de críticas e de amadurecimento, mas também pelos de diversão e leveza.

Aos meus filhos de quatro patas, Soe Maria e Frederico:

Pelo amor incondicional de cada dia. Pela felicidade mais genuína. Por me fazerem sorrir mesmo quando o dia está cinza ou os experimentos foram um fracasso. Por olharem para mim como se eu fosse feita do material mais valioso deste Universo e por me presentearem diariamente com o pulsar de suas vidas.

Aos meus amigos, próximos e distantes:

Ao meu primeiro orientador, Prof. Claudio Oliveira, por ser o primeiro cientista a me inspirar na área das ciências biológicas. Aos meus amigos das universidades onde eu obtive muito conhecimento (Unesp, Unicamp, USP e Universidade de Coimbra), com quem formei uma família e vivi grandes experiências e aprendizados. Aos meus amigos de diferentes fases, de diferentes lugares e que de alguma forma me transformaram positivamente.

À minha orientadora, Mariana Maschietto:

Por aceitar orientar-me de uma maneira particularmente desafiante, com uma pandemia inesperada e um trabalho paralelo à pesquisa. Por abrir as portas do laboratório

e dar-me a liberdade para conduzir os experimentos. Por ter-me confortado durante os meus momentos de angústia. Pelo seu olhar crítico e construtivo que foram determinantes para eu finalizar essa etapa. Agradeço pelos momentos inspiradores, mostrando novos caminhos e novas perspectivas.

Ao Centro de Pesquisa Boldrini:

Ao Prof. Dr. José Andrés Yunes, por aceitar a coorientação deste trabalho e à Dra. Silvia Regina Brandalise, por ser o pilar de uma instituição que salva vidas. Às pessoas que proporcionaram momentos de aprendizado e ajuda, como Mônica, Carolina, Patrícia, Natália e Juliana. Ao Hospital do Centro Infantil Boldrini, em especial ao SAME (Fábio e Valdirene), à patologia (Dra. Izilda, Irineu e Aparecido) e ao corpo clínico (Dra. Iva e Dra. Camila), muito obrigada por cada pequena prestatividade, que foram fundamentais para a obtenção de documentos oficiais deste trabalho.

À Universidade Estadual de Campinas, Unicamp:

Ao Instituto de Biologia e ao Programa de Pós-Graduação em Genética e Biologia Molecular, em especial ao Prof. Dr. Renato Vicentini dos Santos, que atendeu ao meu pedido, e ao Prof. Dr. André Victor Lucci Freitas, que me ouviu diversas vezes sobre o dilema de atuar na área da ciência.

Aos professores das bancas:

Por gentilmente aceitarem integrar a comissão de julgamento das minhas bancas de qualificação, Prof. Dr. Fábio Papes, Profa. Dra. Ana Cristina Victorino Krepischi e Prof. Dr. Murilo Vieira Geraldo e de defesa, Dra. Maria Cristina Rodrigues Rangel e Dra. Maraysa de Oliveira Melo. Obrigada a cada um de vocês pelos questionamentos e pelas intervenções valiosas que me fizeram refletir e aperfeiçoar este trabalho.

Aos pacientes e seus familiares:

Por aceitarem participar deste estudo. Para que a ciência possa avançar dependemos de muitos fatores, entre eles a disposição de pessoas em ceder seus dados pessoais e biológicos. Não seria possível obter resultados profícuos neste estudo se não fossem pela doação dessas pessoas.

Aos apoios financeiros:

Da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), por meio do processo nº 2014/10250-7, bem como da Bolsa Jovem Pesquisador nº 2015/06281-7 concedida à Dra. Mariana Maschietto. Do Ministério Público do Trabalho–PAJ, por meio do processo (001585.2018.15.000/1). Da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), por meio do Código de Financiamento 001.

Por fim, gostaria de registrar que este trabalho é o resultado de um longo caminho, com altos e baixos, tristezas e alegrias, e, sobretudo, aprendizado. Aprendizado empírico científico e aprendizado pessoal: aprender a superar-se, a cumprir objetivos, a organizarse, a confiar (e desconfiar), aprender a aprender.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente permitiram que este trabalho se tornasse uma realidade.

EPÍGRAFE

Sans la curiosité de l'esprit, que serions-nous? Telle est bien la beauté et la noblesse de la science: désir sans fin de repousser les frontières du savoir, de traquer les secrets de la matière et de la vie sans idée préconçue des conséquences éventuelles.

Humanity certainly needs practical men, who get the most out of their work and without forgetting the general good, safeguard their own interests. But humanity also needs dreamers, for whom disinterested development of an enterprise is so captivating that it becomes impossible for them to devote their care to their own material profit. Without the slightest doubt, these dreamers do not deserve wealth, because they do not desire it. Even so, a well-organized society should assure such workers the efficient means of accomplishing their task in a life freed from material care and freely consecrated to research.

Marie Skłodowska-Curie (1867 - 1934)

RESUMO

O tumor de Wilms, ou nefroblastoma, é o câncer renal mais comum na infância, afetando uma em 10.000 crianças, com idade média entre 2 e 3 anos. Atualmente, devido à atuação de equipes multidisciplinares, 90% dos pacientes diagnosticados com tumor de Wilms são curados, entretanto, cerca de 25% dos pacientes recaem da doenca, levando a uma diminuição da sobrevida para cerca de 50%. A histologia dos tumores de Wilms é utilizada como um dos principais fatores prognósticos, como a anaplasia difusa, que está associada a um prognóstico menos favorável. Outros fatores prognósticos incluem idade, estadio do tumor e perda de heterozigosidade nos cromossomos 1p e 16q para tumores tratados com cirurgia pré-quimioterapia. A implementação de biomarcadores moleculares em tumor de Wilms visa melhorar a estratificação de risco dos pacientes, e por isso, diversos candidatos vêm sendo testados por estudos clínicos internacionais. O objetivo deste estudo foi validar o uso de potenciais biomarcadores - alterações de número de cópias de AMER1 (Xq), 1p, 1q, MYCN (2p), WT1 (11p), 16q e TP53 (17p) – para auxiliar na classificação de risco de pacientes com tumores de Wilms no Brasil. Para isso, foram coletadas informações clínicas e patológicas de todos os pacientes diagnosticados no Centro Infantil Boldrini no período de 2005 a 2020, totalizando 186 pacientes. Destes, 40 pacientes com amostras de tumor preservadas em RNAlater armazenadas no biobanco da instituição, foram avaliadas pela técnica de Amplificação Multiplex de Sondas Dependente de Ligação (MLPA, do inglês Multiplex Ligation-dependent Probe Amplification) para quantificar o número de cópias dos biomarcadores candidatos. Para os experimentos que obtiveram um resultado ambíguo ou duvidoso, uma técnica ortogonal – Reação em Cadeia da Polimerase em tempo real (gPCR, do inglês quantitative real-time PCR) - foi aplicada para confirmação. Dos 40 tumores avaliados, 20 apresentaram alterações cromossômicas. A alteração mais frequente foi o ganho de 1q (9/40-22,5%), seguido de perda de 16q (8/40-20%) e perda de 1p (6/40-15%). Um tumor de Wilms apresentou a perda de 1p e 16q concomitantes, referente a paciente que desenvolveu metástase durante o tratamento e foi a óbito. No grupo de tumores analisados, observou-se que houve um predomínio de alterações moleculares em pacientes com metástase ao diagnóstico, metástase durante o tratamento, progressão, recaída e óbito. Apenas um paciente que foi a óbito não apresentou alterações moleculares, os demais apresentaram alguma alteração genética, sendo o ganho de 1q a alteração mais frequente nesses pacientes. Além disso, a perda de 16q também foi mais frequente em pacientes com desfechos mais problemáticos. Contudo, alguns biomarcadores, como WT1 e MYCN, não apresentaram associação significativa com a recaída e o óbito. Desse modo, as características dos pacientes atendidos no Centro Infantil Boldrini se assemelham com as características de outras coortes internacionais, mostrando que a perda em 1p e 16q e o ganho de 1q são potenciais biomarcadores para o prognóstico de sobrevida inferior em determinados pacientes com TW.

Palavras-chave: tumor de Wilms, tumor embrionário, biomarcadores, 1q

ABSTRACT

Wilms tumor, or nephroblastoma, is the most common kidney cancer in childhood, affecting one in 10,000 children, with an average age between 2 and 3 years. Currently, due to the work of multidisciplinary teams, 90% of patients diagnosed with Wilms tumor are cured, however, around 25% of patients recover from the disease, leading to a reduction in survival to around 50%. The histology of Wilms tumors is used as one of the main prognostic factors, such as diffuse anaplasia, which is associated with a less favorable prognosis. Other prognostic factors include age, tumor status, and loss of heterozygosity on chromosomes 1p and 16q for tumors treated with prechemotherapy surgery. The implementation of molecular biomarkers in Wilms tumor aims to improve patients' risk stratification, and therefore, several candidates have been tested in international clinical studies. The objective of this study was to validate the use of potential biomarkers - copy number alterations of AMER1 (Xq), 1p, 1q, MYCN (2p), WT1 (11p), 16q and TP53 (17p) - to assist in risk classification of patients with Wilms tumors in Brazil. For this, clinical and pathological information was collected from all patients investigated at the Boldrini Children's Center from 2005 to 2020, totaling 186 patients. Of these, 40 patients with tumor samples preserved in RNAlater stored in the institution's biobank were evaluated using the Multiplex Ligationdependent Probe Amplification (MLPA) technique to quantify the number of copies of candidate biomarkers. For experiments that obtained an ambiguous or doubtful result, an orthogonal technique - real-time Polymerase Chain Reaction (qPCR) - was applied for confirmation. Of the 40 tumors evaluated, 20 showed chromosomal changes. The most frequent change was the gain of 1g (9/40-22.5%), followed by loss of 16g (8/40-20%) and loss of 1p (6/40-15%). A Wilms tumor presented the loss of concomitant 1p and 16q, referring to a patient who developed metastasis during treatment and died. In the group of tumors analyzed, it was observed that there was a predominance of molecular changes in patients with metastasis at diagnosis, metastasis during treatment, progression, relapse and death. Only one patient who died did not present molecular alterations, the others presented some genetic alteration, with the gain of 1g being the most frequent alteration in these patients. Furthermore, 16g loss was also more frequent in patients with more problematic outcomes. However, some biomarkers, such as WT1 and MYCN, did not show a significant association with relapse and death. Thus, the characteristics of patients treated at the Boldrini Children's Center are similar to the characteristics of other international cohorts, showing that the loss of 1p and 16q and the gain of 1q are potential biomarkers for the prognosis of inferior survival in certain patients with WT.

Keywords: Wilms tumor, embryonal tumor, biomarkers, 1q

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição mundial de cânceres por faixa etária no período de 2001-10 (retirada de STELIAROVA-FOUCHER *et al.*, 2017).

Figura 2 - Diferentes padrões histológicos do TW (retirada de SPREAFICO *et al.*, 2021).

Figura 3 - Fluxograma da casuística produzido no Lucidchart.

Figura 4 - Gel de agarose 0,8% de 12 amostras de DNA.

Figura 5 - Representação gráfica extraída do Coffalyzer.NET (MRC Holland da amostra 517/18).

Figura 6 - Representação gráfica extraída do Coffalyzer.NET (MRC Holland da amostra 013/05).

Figura 7 - Representação extraída do programa CopyCaller® v2.1.

Figura 8 - Comparação entre o óbito ou não óbito, os biomarcadores e o ganho ou a perda do número de cópias.

Figura 9 - Comparação entre as respostas ao tratamento, os biomarcadores e o ganho ou a perda do número de cópias.

Figura 10 - Comparação entre os estadiamentos patológicos, os biomarcadores e o ganho ou a perda do número de cópias.

Figura 11 - Comparação entre os tipos histológicos, os biomarcadores e o ganho ou a perda do número de cópias.

Figura 12 - Gel de agarose (2%) de 20 amostras de DNA extraídas de tumores em blocos de parafina.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estadiamento clínico de pacientes com TW de acordo com o protocolo de tratamento do COG (do inglês, *Children's Oncology* Group), que preconiza cirurgia préquimioterapia.

Quadro 2 - Protocolos do COG e da SIOP para pacientes diagnosticados com tumores renais.

Quadro 3 - Classificação de risco para TW unilateral.

Quadro 4 - Síndromes e condições associadas com TW.

Quadro 5 - Variáveis do estudo.

Quadro 6 - Painéis de MLPA de todos os pacientes analisados.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Candidatos a biomarcadores de TW.

 Tabela 2 - Programa de termociclador para técnica de MLPA.

Tabela 3 - Reação e ciclo de PCR multiplex.

Tabela 4 - Características qualitativas dos casos com TW de histologia favorável.

Tabela 5 - Associação das características qualitativas dos casos com histologia favorável tratados com COG.

 Tabela 6 - Associação das características qualitativas dos casos com histologia

 favorável tratados com SIOP.

 Tabela 7 - Características qualitativas dos casos bilaterais.

 Tabela 8 - Características qualitativas dos casos com histologia desfavorável (anaplasia).

Tabela 9 - Quantificação de DNA das amostras tumorais congeladas.

Tabela 10 - Amostras de referência utilizadas na técnica de MLPA.

 Tabela 11 - Alterações de número de cópias dos potenciais biomarcadores

 selecionados para TWs avaliados por MLPA em amostras selecionadas.

 Tabela 12 - Alterações de número de cópias dos potenciais biomarcadores

 selecionados para TWs avaliados por MLPA e qPCR em amostras selecionadas.

 Tabela 13 - Características clínicas e patológicas dos 40 pacientes.

 Tabela 14 - Número de alterações encontradas nos 40 tumores avaliados.

 Tabela 15 - Teste de Normalidade das variáveis contínuas dos 40 pacientes.

Tabela 16 - Comparação de características moleculares com a variável "resposta".

Tabela 17 - Comparação de características moleculares com a variável "óbito".

 Tabela 18 - Casos selecionados para o estudo.

Tabela 19 - Sequências dos Primers.

 Tabela 20 - Reação e ciclo de PCR multiplex.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

aCGH: Hibridização genômica comparativa baseada em microarranjos (aCGH, do inglês *array Comparative Genome Hybridization*)

CAAE: Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CESH: Hibridização de sequência expressa comparativa (CESH, do inglês *Comparative Expressed Sequence Hybridization*)

CGH: Hibridização genômica comparativa (CGH, do inglês *Comparative Genomic Hybridization*)

COG: Grupo de Oncologia Infantil (COG, do inglês Children Oncology Group)

°C: Graus Celsius

EFS: Sobrevida livre de eventos (EFS, do inglês Event-Free Survival)

FISH: Hibridação In Situ por Fluorescência (FISH, do inglês *Fluorescence In Situ Hybridization*)

GAPDH: Gliceraldeído-3 Fosfato Desidrogenase (GAPDH, do inglês *Glyceraldehyde-3-Phosphate Dehydrogenase*)

HE: hematoxilina-eosina

IMC: Índice de Massa Corporal

L: Ladder

LOI: Perda de imprinting (LOI, do inglês Loss of imprinting)

LOH: Perda de heterozigosidade (LOH, do inglês Loss of heterozygosity)

M: Molar

MT: Metástase durante o tratamento

MD: Metástase ao diagnóstico

mL: Mililitros

mUPD: Dissomia uniparental materna

µL: Microlitro

ng: Nanograma

pb: Pares de bases

PCR: Reação em cadeia da polimerase

PR: Progressão

pUPD: Dissomia uniparental paterna

qPCR: Reação em Cadeia da Polimerase quantitativa em tempo real (qPCR, do inglês *Quantitative PCR*)

R: Recaída

RN: Restos Nefrogênicos

RNIL: RN intralobar

RNPL: RN perilobar

rpm: Rotações por minuto

O: Óbito

OS: Sobrevida global (OS, do inglês Overall Survival)

SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SIOP: Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP, do francês *Societé Internationale d'Oncologie Pediátrique*)

SNP: Polimorfismos de Nucleotídeo Único (SNP, do inglês Single Nucleotide Polymorphism)

TW: Tumor de Wilms

TWAD: TW com anaplasia difusa

UPD: Dissomia uniparental

WAGR: Tumor de Wilms, aniridia, anomalia genito-urinária e retardo mental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO			
1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO TUMOR DE WILMS	19		
1.1 Epidemiologia	19		
1.2 Diagnóstico	20		
1.3 Morfologia	21		
1.4 Tratamento	23		
2 ASPECTOS BIOLÓGICOS DO TW	27		
3 O PANORAMA DE ALTERAÇÕES EM TWS	30		
3.1 Ganho de 1q	30		
3.2. Perda de 1p e 16q	32		
3.3 Alterações em TP53	34		
3.4 Amplificação e mutações em MYCN	35		
3.5 Mutações em AMER1	36		
3.6 Alterações em WT1 e CTNNB1	38		
3.7 11p15	38		
3.8 Candidatos a biomarcadores para serem implementados em TWs	39		
4 JUSTIFICATIVA	39		
2 OBJETIVOS	41		
2.1 OBJETIVO GERAL	41		
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41		
3 METODOLOGIA	42		
3.1 COMITÊ DE ÉTICA	42		
3.2 CASUÍSTICA	42		
3.3 VARIÁVEIS			
3.4 Seleção das amostras	44		
3.5 Extração de DNA	44		
3.6 Avaliação do DNA	45		
3.6.1 Quantificação - Qubit	46		
3.6.2 Pureza - Biodrop	46		

3.6.3 Integridade - Gel de Agarose	46		
3.7 MLPA	47		
3.8 Validação de amostras utilizando ensaios Taq Man ®	51		
3.9 Avaliação do número de cópias de genes nos TWs	52		
3.10 CORRELAÇÃO DOS ACHADOS COM CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E PATOLÓGICAS			
3.11 AVALIAÇÃO DE AMOSTRAS ARMAZENADAS EM PARAFINA	53		
3.11.1 Seleção de amostras tumorais parafinadas	53		
3.11.2 Extração de DNA	54		
3.11.3 Quantificação do DNA	55		
3.11.4 Avaliação da integridade do DNA	55		
3.11.5 Gel de agarose	56		
3.11.6 Ensaios TaqMan® Gene Expression	57		
4 RESULTADOS	58		
4.1 Seleção de casos	58		
4.2 Análise Descritiva	58		
4.2.1 Pacientes diagnosticados com tumores de histologia favorável	58		
4.1.2 Pacientes diagnosticados com doença bilateral	73		
4.1.3 Pacientes diagnosticados com tumores de histologia desfavorável	77		
4.3 Extração e avaliação do DNA	80		
4.4 AVALIAÇÃO DO NÚMERO DE CÓPIAS DOS POTENCIAIS BIOMARCADORES	82		
4.5 COMPARAÇÃO ENTRE INFORMAÇÕES CLÍNICO-PATOLÓGICAS E MOLECULARES	88		
4.6 AVALIAÇÃO DE AMOSTRAS ARMAZENADAS EM PARAFINA	103		
5 DISCUSSÃO	107		
7 CONCLUSÃO	112		
REFERÊNCIAS	113		
ANEXOS	124		

1 INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil, diagnosticado em crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos, é uma doença rara, representando 2 a 3% do total de cânceres. No entanto, mundialmente, representa a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes. Cerca de 400 mil crianças e adolescentes são diagnosticados com câncer com variações relacionadas à faixa etária (STELIAROVA-FOUCHER *et al.*, 2017), conforme apresentado na **Figura 1**. No Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, foram cerca de 4.310 casos novos de câncer infantojuvenil para o sexo masculino e de 4.150 para o sexo feminino (INCA, 2019).



Figura 1 - Distribuição mundial de cânceres por faixa etária no período de 2001-10 (retirada de STELIAROVA-FOUCHER *et al.*, 2017).

Os tumores renais correspondem a aproximadamente 5% dos tumores pediátricos, sendo os mais comuns: tumor de Wilms (TW, que corresponde a 95% dos casos), tumor

teratoide rabdoide, sarcoma de células claras renal e carcinoma renal (STILLER, ALLEN, EATOCK, 1995; RIVERA, HABER, 2005; SPREAFICO, BELLANI, 2006; DAVIDOFF, 2009; CHU *et al.*, 2010; STELIAROVA-FOUCHER *et al.*, 2017; NAKATA *et al.*, 2020; BALIS *et al.*, 2021).

1 Características gerais do tumor de Wilms

1.1 Epidemiologia

O tumor de Wilms (TW), nome que remete ao médico alemão Carl Max Wilhelm Wilms (1867-1918), que descreveu a doença pela primeira vez em 1899, é a neoplasia renal mais comum na infância, com prevalência de uma em 10.000 crianças menores de 15 anos de idade (BRESLOW *et al.*, 1993; SZYCHOT, APPS, PRITCHARD-JONES, 2014; SPREAFICO *et al.*, 2021). Tipicamente, a doença apresenta um pico de incidência entre o 2° e o 3° ano de vida, sendo que a maioria das crianças (75%) desenvolve o TW entre 1 e 5 anos de idade (BRESLOW *et al.*, 1993; BALIS *et al.*, 2021).

A taxa de incidência mundial varia, sendo mais alta entre crianças afro-americanas, seguida por crianças caucasianas e por último em crianças asiáticas (BRESLOW *et al.*, 1994; HADLEY, ROUMA, SAAD-ELDIN, 2012; STELIAROVA-FOUCHER *et al.*, 2017; APPLE, LOVVORN, 2020). Incluindo outros tumores renais, as maiores taxas por milhão de pessoas-ano de 0 a 14 anos são da África Subsaariana (6,7 a 10,9), América do Norte e Europa (9,1 a 9,8); a menor taxa é da Ásia (4,1 a 5,4); sendo no Brasil de 8,4 e a taxa global de 8,3 (LIBES *et al.*, 2022).

Normalmente, o TW surge em um único rim (unilateral), mas aproximadamente 5% a 8% dos pacientes apresentam tumores em ambos os rins (bilateral) (CHARLTON *et al.*, 2017), situação que tende a se manifestar em idade mais precoce (KUMAR *et al.*, 2004; RIVERA, HABER, 2005; BUCKLEY, 2011).

1.2 Diagnóstico

O diagnóstico do TW é realizado por meio de avaliações laboratoriais, radiológicas, ultrassonográficas e tomográficas. Por meio dessas avaliações, e, se necessário outras, o médico infere o estadiamento da doença, ou seja, avalia a sua magnitude por meio da observação de diferentes variáveis estabelecidas internacionalmente.

Há dois tipos de estadiamento: o clínico, que é estabelecido por meio de exames preliminares do paciente; e o patológico, que é estabelecido pelos achados cirúrgicos e na peça tumoral. Ambos estadiamentos, clínico ou patológico, podem ou não ser coincidentes, sendo o estadiamento patológico mais preciso (INCA, 2022).

O estadiamento clínico do paciente com TW está representado no **Quadro 1** (PQD, 2002, BALIS *et al.*, 2021).

Quadro 1 - Estadiamento clínico de pacientes com TW de acordo com o protocolo de tratamento do COG (do inglês *Children's Oncology Group*), que preconiza cirurgia pré-quimioterapia.

Estadio	Características
Ι	Tumor restrito ao rim e completamente ressecado
п	Tumor além do rim, mas restrito à loja renal e completamente ressecado
III	Tumor além do rim, ressecção incompleta, implantes peritoneais restritos ao abdome
IV	Qualquer um dos estadios anteriores com disseminação hematogênica/metástases à distância
V	Tumor bilateral

Fonte: Children's Oncology Group

O estadiamento patológico de TW, conforme preconiza a Sociedade Brasileira de Patologia, segue as seguintes classificações: I - tumor limitado ao rim e completamente ressecado (margens livres); II - tumor estende-se além do rim, mas completamente ressecado (margens livres) e linfonodos negativos; III - tumor residual não hematogênico confinado ao abdome (pode se estender aos tecidos moles perirrenais, veia renal e veia cava); IV - metástases hematogênicas (pulmão, fígado, osso, cérebro e outros locais, como os linfonodos

regionais). Se o estadiamento clínico é V, cada rim deve ser estadiado em um dos quatro estadios iniciais.

1.3 Morfologia

O TW tem uma morfologia heterogênea, apresentando três componentes histológicos: blastematoso, epitelial e estromal (BECKWITH *et al.*, 1990), que podem variar em proporção, apresentando inclusive TWs bifásicos ou monofásicos. O perfil de expressão gênica de cada componente se assemelha a fases distintas do desenvolvimento renal, sendo que o componente blastematoso apresenta um perfil de expressão mais semelhante às fases iniciais (MASCHIETTO *et al.*, 2008).

O componente epitelial é caracterizado por apresentar células diferenciadas, com estruturas epiteliais primitivas semelhantes a rosetas, que se assemelham aos túbulos renais ou glomérulos. O componente estromal é composto por células mesenquimais indiferenciadas que podem se diferenciar em células de músculo esquelético, tecido adiposo, cartilagem ou osso devido à diferenciação heteróloga do estroma neoplásico, principalmente em TWs submetidos à quimioterapia pré-operatória. O componente blastematoso representa o tipo celular menos diferenciado e o mais maligno, caracterizado por pequenas células azuis redondas e rápida atividade mitótica (POPOV, SEBIRE, VUJANIC, 2016).

Os tipos histológicos do TW estão representados na Figura 2 (SPREAFICO *et al.*, 2021).



Figura 2 - Diferentes padrões histológicos do TW (retirada de SPREAFICO *et al.*, 2021). a) Tipo misto, com componente blastematoso e epitelial. b) Tipo blastemoso. c) Tipo misto consistindo em componentes epiteliais e estromais maduros. d) Tipo epitelial composto por túbulos moderadamente diferenciados. e) Tipo estromal com elementos heterólogos incluindo cartilagem e músculo esquelético. f) Anaplasia em TW com mitoses atípicas, aumento nuclear e hipercromasia.

De acordo com o protocolo de tratamento COG, mais especificado no próximo tópico, o TW pode ser separado em dois grupos prognósticos: histologia favorável e histologia desfavorável. Quanto à histologia favorável, o TW imita o desenvolvimento trifásico de um rim normal, com células blastematosas, epiteliais e estromais, embora nem todos os tumores sejam trifásicos (LI *et al.*, 2002). Em condições ideais de tratamento, a sobrevida em cinco anos é superior a 90% para crianças diagnosticadas com tumores de histologia favorável em qualquer estadio (DOME, PERLMAN, GRAF, 2014; DOME *et al.*, 2015; GRATIAS *et al.*, 2016; IRTAN, EHRLICH, PRITCHARD-JONES, 2016).

A histologia desfavorável está relacionada à presença de anaplasia, definida como células com grandes núcleos hipercromáticos e de figuras mitóticas poliploides multipolares anormais, e pode estar presente em qualquer dos três componentes histológicos (BECKWITH, PALMER, 1978). Essas células podem apresentar-se de maneira focal ou difusa, ou seja, podem estar limitadas a certas partes do tumor ou espalhadas por ele (FARIA *et al.*, 1996). A anaplasia é observada em 5% a 10% dos TWs, com incidência maior em pacientes mais velhos (ZUPPAN, BECKWITH, LUCKEY, 1988), e é associada à resistência à quimioterapia e ao pior prognóstico (DOME, PERLMAN, GRAF, 2014).

Quanto à morfologia, também é possível encontrar restos nefrogênicos (RN), que são lesões indiferenciadas com células precursoras renais embrionárias anormalmente retidas e dispostas em grupos em cerca de 1% dos casos (BECKWITH, 1993, 1997). Os RNs são classificados baseados na localização no rim: RN perilobar (RNPL) são encontrados próximos à periferia do lóbulo renal e associados com TW com predomínio dos componentes blastematoso ou epitelial (VUONONVIRTA *et al.*, 2008); e RN intralobar (RNIL) são encontrados na medula, como consequência de algum erro precoce durante a nefrogênese. Os RNs são tipicamente associados com TW com predomínio de componente estromal com diferenciação para elementos mesenquimais e mutação/deleção de *WT1* (SCHUMACHER *et al.*, 2003).

1.4 Tratamento

O tratamento de cada paciente com TW varia de acordo com o estadiamento, a histologia e a resposta à quimioterapia (PRITCHARD-JONES *et al.*, 2014; CHARLTON, PAVASOVIC, PRITCHARD-JONES, 2015). O tratamento do TW é sempre multidisciplinar, com cirurgia e quimioterapia, além de radioterapia em casos específicos.

Atualmente, os fatores prognósticos considerados mais relevantes para a decisão terapêutica são o estadiamento e a histologia da peça tumoral (DOME, PERLMAN, GRAF, 2014).

Há duas abordagens principais de tratamento para o TW (LOPES, LORENZO, 2017): o protocolo do Grupo de Oncologia Infantil (COG, do inglês *Children's Oncology Group*) e o protocolo da Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP, do francês *Societé Internationale d'Oncologie Pediátrique*).

Ambos os grupos, COG e SIOP, de forma geral, utilizam a quimioterapia pósoperatória, exceto em alguns casos. Além disso, ambos tratam crianças menores de 6 meses de vida com nefrectomia primária (VAN DEN HEUVEL-EIBRINK *et al.*, 2017).

O protocolo do COG recomenda a nefrectomia inicial, seguida de quimioterapia pósoperatória, e, em alguns pacientes, radioterapia (D'ANGIO *et al.*, 1989; JEREB *et al.*, 1994; GREEN, 2004). Essa abordagem permite, por exemplo, o diagnóstico histológico precoce e a coleta de materiais biológicos inalterados.

Por outro lado, o protocolo SIOP preconiza a quimioterapia pré-operatória, visando a diminuição do volume do tumor e, portanto, o risco de ruptura tumoral durante a cirurgia, e menor estadiamento pós-operatório (GRAF, TOURNADE, DE KRAKER, 2000). Nessa abordagem, a quimioterapia pré-operatória pode alterar a histologia do tumor, como diminuir a quantidade de células blastomatosas, uma vez que essas células são melhores respondedoras ao tratamento quimioterápico. Desta forma, também permite a avaliação da resposta tumoral ao tratamento quimioterápico inicial (POPOV, SEBIRE, VUJANIC, 2016).

O **Quadro 2** compara os dois grupos de tratamento. É importante ressaltar que ambos os protocolos apresentam semelhantes e excelentes sobrevida livre de eventos (EFS, do inglês *Event-Free Survival*) quanto sobrevida global (OS, do inglês *Overall Survival*) (IRTAN, EHRLICH, PRITCHARD-JONES, 2016).

	COG	SIOP	
Cirurgia	Primeira abordagem	Cirurgia após quimioterapia	
Quimioterapia pré-operatória	Em alguns casos é necessário fazer, como quando o tumor está inoperável Para todos os pacientes com mais de é meses		
Regimes	RegimenEE-4A:vincristina, dactinomicina × 18 semanas pós- nefrectomiaPara pacientes com tumor locali unilateral, o pré-tratamento de 4 sen com vincristina (semanal) e dactinomic 		
Quimioterapia pós-operatória	Em todos os pacientes, exceto aqueles com risco muito baixo		
Estádio V	Ambos recomendam quimioterapia pré-operatória e ressecção para TW bilateral		
Recorrência	A abordagem difere de TW recidivado de risco baixo, risco intermediário e risco alto Classifica os pacientes com TW recidivado em grupos AA, BB e CC		

Quadro 2 - Protocolos do COG e da SIOP para pacientes diagnosticados com tumores renais.

Fonte: Adaptada de PQD, 2002; WANG et al., 2019.

Considerando os dois protocolos principais de tratamento (COG e SIOP) e a histologia do tumor, o paciente pode ser classificado como risco baixo, risco intermediário e risco alto, conforme o **Quadro 3**.

Protocolo	Risco Baixo	Risco Intermediário	Risco Alto
SIOP	TW completamente necrótico Nefroblastoma cístico parcialmente diferenciado	TW com predomínio do componente epitelial, estromal, misto ou regressivo TW com anaplasia focal	TW com predomínio do componente blastematoso TW com anaplasia difusa
COG	TW de histologia favorável Sem evidência de anaplasia	Anaplasia confinada a um ou mais locais discretos dentro do tumor primário, sem envolvimento extrarrenal Nenhum distúrbio nuclear fora dos focos anaplásicos	TW com predomínio do componente blastematosoAnaplasia não localizadaAnaplasia em locais invasivos ou depósitos extrarrenaisAnaplasia localizada com vários distúrbios nuclearesAnaplasia em uma amostra de biópsia aleatóriaAnaplasia envolvendo a borda de uma ou mais seções

Quadro 3 - Classificação de risco para TW unilateral baseado em histologia.

Fonte: Adaptada de Dome, Perlman & Graf, 2014.

Como mencionado acima, embora existam algumas diferenças na abordagem terapêutica e nos critérios para estadiamento e classificação de risco, esses grupos conduziram diferentes estudos clínicos e moleculares que forneceram conhecimento baseado em evidências para estabelecer os melhores tratamentos para pacientes com TW.

Com os avanços terapêuticos, as taxas de OS de pacientes com TW chegam a aproximadamente 90% (SZYCHOT, APPS, PRITCHARD-JONES, 2014). No entanto, a OS de subgrupos específicos de pacientes, como histologia desfavorável, doença bilateral e recidiva da doença, permanece em torno de 50%. Juntos, estes grupos de maior risco representam cerca de 25% dos pacientes com TW (DOME *et al.*, 2015; PRITCHARD-JONES *et al.*, 2015).

2 Aspectos Biológicos do TW

Diferentes eventos moleculares são responsáveis pelo início e pela progressão do câncer. Os tumores sólidos pediátricos provavelmente se originam durante a diferenciação celular (CHEN, PAPPO, DYER, 2015).

Semelhante a outros tumores embrionários, os TWs apresentam relativamente poucas alterações genéticas, que podem estar associadas à predisposição ao desenvolvimento do TW em 10% a 20% dos casos (DOME, HUFF, 2003; KALISH *et al.*, 2017). A caracterização molecular de diversas síndromes de predisposição ao desenvolvimento de TW levou à identificação de genes/*loci* que também são encontrados nos tumores esporádicos.

Anomalias congênitas, como aniridia, anomalias geniturinárias, gigantismo, hemihiperplasia, macroglossia ou crescimento excessivo sugerem a presença de certas síndromes de predisposição genética, Síndrome de Denys-Drash como (genitália ambígua/pseudohermafroditismo masculino, esclerose mesangial difusa, TW e gonadoblastoma), Síndrome de WAGR (tumor de Wilms, aniridia, anomalia genito-urinária e retardo mental), Síndrome de Frazier (hermafroditismo masculino, amenorréia primária, insuficiência renal crônica e outras anormalidades) e Síndrome de Beckwith-Wiedemann (desordem de crescimento e associada com risco aumentado para desenvolver hepatoblastoma e TW) (DOME, HUFF, 2003; HILLEN et al., 2016).

Há outras síndromes associadas ao TW, como Perlman (*DIS3L2*), Simpson-Golabi-Behmel (*GPC3 e GPC4*), CLOVES (*PIK3CA*), Sotos (*NSD1*), microdeleção 9q22.3 (*PTCH1*), Bloom (*BLM*), Li-Fraumeni (*TP53* e *CHEK2*), Alagille (*JAG1*) e Bohring-Opitz (*ASXL1*).

O **Quadro 4** apresenta síndromes e condições relacionadas ao aumento de risco para desenvolvimento de TW (TREGER *et al.*, 2019).

Síndrome / Condição	Gene / alteração
Alto Risco de TW (>20%)	
Síndrome WAGR	Deleção WT1
Síndrome Denys-Drash	Mutação missense WT1
Síndrome Perlman	Mutação DIS3L2
Anemia de Fanconi	Mutação bialélica BRCA ou PALB2
Separação cromátide prematura / aneuploidia variegada em mosaico	Mutação bialélica <i>BUB1B</i> ou <i>TRIP13</i>
Moderado Risco de TW (5-20%	(0)
Síndrome Frasier	Mutação splicing no intron 9 de WT1
Síndrome Beckwith-Wiedemann	Dissomia uniparental ou epimutação
	em <i>IGF2/H19</i> (11p15)
Síndrome Simpson-Golabi-Behmel	Mutação GPC3
Baixo Risco de TW (<5%)	
Síndrome Bloom	Mutação bialélica BLM
Síndrome <i>DICER1</i>	Mutação DICER1
Síndrome Li-Fraumeni	<i>ТР53, СНЕК2</i>
Hemihiperplasia isolada	Variável
Síndrome de hiperparatireoidismo – Tumor de Mandíbula	Mutação CDC73 (HRPT2)
Síndrome de nanismo MULIBREY (anormalidades distintas dos músculos, fígado, cérebro e olhos)	Mutação TRIM37
Supercrescimento segmentar relacionado a <i>PIK3CA</i> incluindo Síndrome de CLOVES (supercrescimento lipomatoso congênito, malformações vasculares, nevos epidérmicos e anormalidades esqueléticas/espinhais)	Mutação <i>PIK3CA</i>
Síndrome de microdeleção 9q22.3	9q22.3
Síndrome Sotos	NSD1
Tumor de Wilms familiar	FWT1 e FWT2
Anomalias geniturinárias	WT1
Aniridia esporádica	WT1
Trissomia 18	-

Quadro 4 - Características clínicas associadas com aumento de risco para desenvolvimento de TW.

Fonte: Adaptado de Treger et al., 2019 e PQD, 2002

Uma característica marcante dos TWs, assim como em outros tumores embrionários, é a frequência relativamente baixa de mutações somáticas, detectadas em até 30% dos casos, envolvendo cerca de 30 genes. Dentre estes, os mais frequentemente alterados são: *WT1*, *CTNNB1*, *AMER1* (*WTX*), *DROSHA*, *DGCR8*, *XPO5*, *DICER1*, *SIX1*, *SIX2*, *MLLT1*, *MYCN* e *TP53* (SCOTT *et al.*, 2012; GADD *et al.*, 2017; MAHAMDALLIE *et al.*, 2019). Embora alguns genes já tivessem sido citados em outros estudos, como *WT1*, *CTNNB1*, *FAM123B*, *DROSHA*, *DGCR8*, *XPO5*, *DICER1*, *SIX1*, *SIX2*, *MLLT1*, *MYCN e TP53*; com estudos de sequenciamento de exoma e genoma completo, novas mutações foram identificadas em genes anteriormente não reconhecidos como envolvidos em TWs, como *BCOR*, *BCORL1*, *NONO*, *MAX*, *COL6A3*, *ASXL1*, *MAP3K4* e *ARID1A* (GADD *et al.*, 2017).

Além de alterações em genes específicos implicados no desenvolvimento do TW, a patogênese da doença também pode estar associada a outros eventos, como ganhos dos cromossomos 1q, 2, 7q, 8, 12 e 13, e perdas dos cromossomos 1p, 7p, 16q e 22q (HÖGLUND *et al.*, 2004; WILLIAMS *et al.*, 2011).

Também são identificadas alterações relacionadas aos processos de desenvolvimento renal em pacientes com TW, sendo a via de sinalização Wnt a mais comumente alterada. Essa via apresenta dois ramos que controlam o desenvolvimento embrionário e a homeostase das células adultas: o canônico (ou dependente de β -catenina - codificada pelo gene *CTNNB1*) e o não-canônico (ou independente de β -catenina). A via canônica Wnt é ativada por proteínas WNT, que impede a degradação da β -catenina, resultando no seu acúmulo citoplasmático, e atuando na expressão de genes envolvidos em importantes processos celulares; contudo, mutações em *CTNNB1* interferem nessa via de sinalização (CARRARO, RAMALHO, MASCHIETTO, 2016; DUHME *et al.*, 2021).

3 O panorama de alterações em TWs

Uma das maneiras de identificar um tumor é por meio de um biomarcador, que pode ser definido como uma alteração qualitativa ou quantitativa de uma molécula, substância ou processo que pode ser detectado por algum tipo de ensaio, e essas alterações podem auxiliar na detecção, prognóstico e monitoramento do câncer (VIRJI, MERCER, HERBERMAN, 1988; HAYES *et al.*, 1996; DUFFY, 2001).

A história dos biomarcadores não é recente, já que em 1846 o médico inglês Henry Bence-Jones (1813-1873) identificou proteínas na urina como biomarcadores para mieloma múltiplo (VIRJI, MERCER, HERBERMAN, 1988). No que tange ao TW, diferentes biomarcadores têm sido propostos, como alterações em *TP53* ou em *WT1*, a fim de permitir um diagnóstico precoce ou identificar pacientes de alto risco, consequentemente poupando os indesejados efeitos da terapia em pacientes com a doença menos agressiva (LAHOTI *et al.*, 1996; WEN *et al.*, 1997; GHAGEM *et al.*, 2005).

Os biomarcadores que refletem alterações nas regiões cromossômicas, são o foco deste estudo, que visa validar ganhos e perdas cromossômicas que têm sido testados como candidatos a biomarcadores associados ao prognóstico de pacientes com TW pelos grupos cooperativos internacionais. Dentre as alterações mais recorrentes em TWs, as seguintes estão sendo avaliadas prospectivamente pelos estudos clínicos atuais: mutações em *AMER1* (Xq), perda de 1p, ganho de 1q, amplificação e mutações em *MYCN* (2p), mutações e perda de *WT1* (11p), perda de 16q, alterações em *TP53* (17p).

3.1 Ganho de 1q

O ganho do cromossomo 1q foi avaliado pela primeira vez em 67 casos de pacientes com TW de histologia favorável (46 com recidiva e 21 sem recidiva), pelo método de hibridização genômica comparativa (CGH, do inglês *Comparative Genomic Hybridization*), que identificou o ganho de 1q como sendo mais frequente no grupo de recaída 27/46 (59,0%) vs. 5/21 (24,0%) (HING *et al.*, 2001). No ano seguinte, por meio da hibridização de sequência expressa comparativa (CESH, do inglês *Comparative Expressed Sequence Hybridization*), em 18 amostras tumorais de pacientes com TW de histologia favorável (10 com recidiva e 8 sem recidiva), o ganho de 1q foi encontrado nas 10 amostras com recidiva, sugerindo uma associação desse marcador com a recidiva dos pacientes (LU *et al.*, 2002).

Um estudo realizado por Williams e colaboradores em 2004, em que 27 amostras de TW de histologia favorável de nefrectomias primárias (13 com recidiva) foram analisadas pela técnica de microarranjo e a incidência de ganho de 1q foi maior nos casos recidivados (7 de 13) do que não recidivados (1 de 14) (WILLIAMS *et al.*, 2004). Outra técnica utilizada para a avaliação do ganho de 1q foi a hibridização genômica comparativa baseada em microarranjos (aCGH, do inglês *array Comparative Genome Hybridization*), em que 33 de 76 amostras de TW apresentaram ganho do cromossomo 1q, e os pacientes com maior ganho de 1q tiveram pior prognóstico (NATRAJAN *et al.*, 2006a), demonstrando posteriormente associação entre a microamplificação no cromossomo 1q25.3 e a recidiva em pacientes com TW de histologia favorável (NATRAJAN *et al.*, 2006b).

Por meio da técnica de microarranjo de DNA, alterações de número de cópias foram avaliados em 77 TWs com e sem recidiva identificando que ganhos em 1q21.1-q31.3 poderiam estar associados à recidiva (PEROTTI *et al.*, 2012).

Um outro estudo mostrou que 19% de pacientes com TWs (64/331) tiveram ganho de 1q e que esse ganho foi associado à perda de 16q e de 1p (SEGERS *et al.*, 2013). Corroborando esses achados, foram avaliadas amostras de TWs de histologia favorável e o ganho de 1q e a perda de 1p e de 16q foram determinados usando a técnica de Amplificação Multiplex de Sondas Dependente de Ligação (MLPA, do inglês *Multiplex Ligationdependent Probe Amplification*), identificando que 27% (58/212) dos pacientes apresentaram ganho de 1q, além de mostrar uma forte relação entre o ganho de 1q e a perda de 1p/16q para pacientes tratados no protocolo do COG. A EFS e a OS foram maiores para os casos que não apresentaram ganho de 1q em relação aos que tiveram ganho. O estudo mostrou também que o ganho de 1q foi associado à recidiva da doença (GRATIAS *et al.*, 2013).

Um estudo com uma coorte de 1.114 pacientes com TW tratados no protocolo da SIOP pela técnica de MLPA, em que 317 de 1114 (28%) apresentaram ganho de 1q, tanto a EFS quanto a OS foi maior para os casos que não apresentaram ganho de 1q em relação aos que tiveram ganho. Dentro de cada estadio da doença, o ganho de 1q foi associado a EFS inferior (GRATIAS *et al.*, 2016). Um outro estudo que também utilizou a técnica de MLPA, publicado por Chagtai e colaboradores (2016), demonstrou a viabilidade da utilização do ganho de 1q como biomarcador prognóstico, em que 167 de 586 (28%) dos pacientes apresentaram ganho de 1q, em associação com EFS e OS, que foram maiores para os pacientes sem ganho de 1q, ou seja, o ganho de 1q pode ser um biomarcador prognóstico potencialmente valioso no TW associado à resposta histológica à quimioterapia préoperatória e ao estadiamento do tumor (CHAGTAI *et al.*, 2016).

3.2. Perda de 1p e 16q

A perda de heterozigosidade (LOH, do inglês *Loss of Heterozygosity)* do cromossomo 16q foi identificada concomitante com LOH no cromossomo 1p em TW (MAW *et al.*, 1992). Na maior parte do genoma humano, as células têm duas cópias, uma de cada progenitor. Contudo, eventos como deleção, mutação, recombinação mitótica ou perda de um cromossomo inteiro, podem resultar na perda de uma das cópias, tornando uma célula somática heterozigota em homozigota, denominada como perda de heterozigose (CAVENEE *et al.*, 1983; BROWN, 1997).

A perda de 1p e 16q mostrou associação com aumento de risco de recidiva ou morte, como demonstrado em um estudo que utilizou a técnica de *Southern blot* com 232 pacientes com TW (206 com histologia favorável, 17 com histologia desfavorável (anaplasia focal ou difusa) e 9 com histologia desconhecida), do total, a perda de 16q foi identificada em 35 casos (17%) enquanto a perda de 1p em 21 casos (12%), e 6 casos com ambos as perdas (4%). Pacientes com perda de 16q tiveram taxas de recidiva 3,3 vezes maiores e de mortalidade 12 vezes maiores do que pacientes sem perda 16q. Os pacientes com perda de 1p tiveram taxas de recidiva e mortalidade três vezes maiores do que os pacientes sem perda de 1p. Apesar desses resultados não terem sido estatisticamente significativos, foram avaliados em um número pequeno de casos, e por isso, ainda levantaram a hipótese de que esta associação deveria ser mais bem avaliada em um grupo maior e independente de tumores (GRUNDY *et al.*, 1994).

Posteriormente, foi reportado que a perda simultânea de 1p e 16q está associada aos resultados adversos em pacientes com TW de histologia favorável tratados com nefrectomia primária. De 1.727 casos de TWs com histologia favorável, 301 (17,4%) tiveram perda de 16q e 195 (11,3%) apresentaram perda de 1p; e de 182 pacientes com histologia desfavorável (com anaplasia), 59 (32,4%) tiveram perda de 16q e 29 (15,9%) apresentaram perda de 1p (GRUNDY *et al.*, 2005).

Um estudo desenvolvido por Spreafico e colaboradores (2013) com 125 pacientes com TW com histologia favorável tratados primeiro com cirurgia, pela técnica de microssatélites como marcadores de detecção de LOH encontrou uma associação entre prognóstico pior e deleção de 1p, mas não nos casos com deleção de 16q (SPREAFICO *et al.*, 2013).

Já o estudo de Gratias *et al.* (2013), por meio da técnica de MLPA, mostrou uma forte relação entre ganho de 1q e perda de 1p/16q, os tumores com ganho de 1q – que foram 58/212 (27%) – foram mais propensos a ter perda de 16q (42,6%) ou perda de 1p (32,5%) do que tumores sem ganho de 1q (GRATIAS *et al.*, 2013).

Por outro lado, outro estudo com 426 pacientes com TW de histologia favorável tratados com nefrectomia imediata (63%) ou quimioterapia pré-operatória (37%), a perda de 1p foi encontrada em 44 pacientes (10,3%) e a perda de 16q foi encontrada em 62 pacientes (14,6%) e a perda em ambos foi encontrada em 11 pacientes (2,6%); independentemente da abordagem inicial da terapia, a perda de 16q foi associada a um risco aumentado de recaída e morte e a perda de 1p não apresentou associações significativas (MESSAHEL *et al.*, 2009). Entretanto, um estudo mostrou que a EFS de pacientes com TW foi inferior na presença de LOH 1p ou 16q, mas não houve impacto significativo na OS (FERNANDEZ *et al.*, 2018).

Assim, em TW sem quimioterapia prévia, a LOH de 16q e 1p perde significância como marcadores prognósticos independentes na presença de ganho de 1q. No entanto, na ausência de ganho 1q, a LOH de 16q e 1p retém seu impacto prognóstico adverso e a LOH de 1p e 16q combinada é associada à pior prognóstico (GRATIAS *et al.*, 2016).

3.3 Alterações em TP53

Outra alteração cromossômica recorrente em TW ocorre em 17p, afetando o gene *TP53* (17p13). Este gene codifica um fator de transcrição que regula a expressão de genes envolvidos no ciclo celular, senescência e apoptose. Alterações em *TP53* estão associadas à histologia anaplásica, sendo que um dos primeiros estudos que demonstrou que essa associação identificou mutações na proteína P53, presente em oito dos onze casos de TWs anaplásicos avaliados (BARDEESY *et al.*, 1994).

Mutações na região codificadora de *TP53* foram encontradas em 2 de 21 (9,5%) casos de TWs avaliados de pacientes com doença em estadiamento avançado (18 com histologia favorável e 3 com histologia desfavorável - 2 com anaplasia focal e 1 com anaplasia difusa), indicando que embora as mutações nesse gene ocorram com pouca frequência em TWs, elas podem estar associadas à doença avançada (MALKIN *et al.*, 1994). Outro estudo com sete TWs de histologia desfavorável (4 com anaplasia focal e 3 com anaplasia difusa), encontrou mutações em *TP53* em seis dos casos avaliados, dos quais em cinco essas alterações foram restritas às regiões anaplásicas (BARDEESY, BECKWITH, PELLETIER, 1995).

Em um outro estudo, três TWs anaplásicos foram comparados com 10 TWs de histologia favorável para expressão de P53 por técnicas de imunohistoquímica e de *Northern blot*, em que todos os TWs de histologia favorável continham um gene *TP53* de tipo selvagem e expressavam níveis marginais de proteína como esperado para o *TP53* normal, enquanto todos os tumores anaplásicos demonstraram evidências de alterações da P53, sugerindo um envolvimento do *TP53* na anaplasia do TW (EL BAHTIMI *et al.*, 1996).

Mutações em *TP53* são encontradas em 4% a 20% dos TWs de histologia favorável (D'ANGIO *et al.*, 2003). Posteriormente, analisando cinco *loci* (*WT1*, *CTNNB1*, *WTX*, *TP53* e *H19/IGF2*) foram identificadas mutações em *TP53* em 3 de 65 (5%) dos TWs esporádicos (SCOTT *et al.*, 2012). Os pacientes com TW com anaplasia difusa (TWAD) são classificados como de alto risco em ambos os protocolos COG e SIOP, e podem ser divididos em dois grupos distintos quanto ao prognóstico. Pacientes com TWAD e alterações em *TP53* (sequência alterada e/ou perda de pelo menos um alelo) tem um risco aumentado de recaída e morte, comparado ao primeiro grupo, o que demonstra que pacientes com TWAD com ou

sem mutação de *TP53* devem ser classificados em diferentes grupos de risco e, portanto, serem tratados de forma diferente (MASCHIETTO *et al.*, 2014b).

Um estudo de pacientes tratados conforme o protocolo COG, demonstrou que 57 de 118 pacientes (48%) com TW de histologia desfavorável apresentaram mutações *TP53* pela técnica de MLPA (OOMS *et al.*, 2016).

Uma porcentagem similar para pacientes tratados conforme o protocolo SIOP foi identificada utilizando técnicas de MLPA e hibridação in situ por fluorescência (FISH, do inglês *Fluorescence In Situ Hybridization*), em que foram avaliados 86 TWs (47 de alto risco (30 anaplasia difusa e 17 blastêmicos) e 39 de risco baixo/intermediário), sendo que 45/86 TWs apresentaram alterações *TP53*, predominantemente com anaplasia difusa de alto risco (29/30) e TWs blastêmicos (7/17) (WEGERT *et al.*, 2017).

3.4 Amplificação e mutações em MYCN

MYCN é um oncogene localizado em 2p, que regula diversas funções celulares, como proliferação celular, controle do ciclo celular, diferenciação e apoptose (RICKMAN, SCHULTE, EILERS, 2018). O aumento da expressão de *MYCN* foi reportado primeiro por Nisen *et al.* (1986), em 12 dos 13 casos independentes de TW. Posteriormente, outro estudo reportou um caso de TW com três cópias de *MYCN* (NORRIS, 1988).

Um estudo desenvolvido por McQuaid & O'Meara (1990) com 29 pacientes pediátricos (14 neuroblastoma, 9 TWs e 6 diversos) investigou a amplificação de *MYCN* em amostra do tumor primário usando pNb-1, um plasmídeo recombinante contendo um fragmento de 1 Kb homólogo à extremidade 5' de *MYCN*. Apenas um TW de histologia desfavorável, estadio III, e resistente ao tratamento apresentou *MYCN* amplificado, sendo que nos demais TWs o *MYCN* estava presente com cópia única.

Por meio da técnica de aCGH, 13 amostras (12 com histologia favorável e 1 com histologia desfavorável) de TW foram avaliadas para alterações de número de cópias, revelando amplificação em dois TWs (um deles anaplásico) (SCHAUB *et al.*, 2007).

Ainda utilizando a técnica de aCGH foi identificado o ganho de *MYCN* em 6/61 amostras anaplásicas (WILLIAMS *et al.*, 2011). Perotti *et al.* (2012) também identificaram alterações em 5 das 77 amostras de TWs envolvendo a região do *MYCN*.

Em posterior estudo, o ganho do número de cópias em *MYCN* foi observado mais frequente em casos anaplásicos difusos (7 de 23 casos, 30,4%) do que em casos nãoanaplásicos (37 de 292, 12,7%) (WILLIAMS *et al.*, 2015).

O sequenciamento de 810 TWs de histologia favorável tratados conforme o protocolo SIOP, revelou que 24 de 810 (3%) dos casos de TWs apresentaram mutações em *MYCN*, resultando na variante somática *MYCN* P44L, detectada na maioria dos subtipos histológicos, com maior frequência no subtipo blastematoso, sendo que 10,9% dos tumores com mutação em *MYCN* P44L apresentaram recidiva local, em comparação com 2,4% dos casos não sem a mutação (JIMENEZ *et al.*, 2021).

3.5 Mutações em AMER1

AMER1, anteriormente denominado de *WTX*, codifica a proteína AMER1 que atua na regulação da via de sinalização Wnt, envolvida com a divisão, a adesão e a migração celular. *AMER1* está localizado em Xq11.1 e é identificado mutado em aproximadamente 10% a 20% dos casos esporádicos de TWs (WEGERT *et al.*, 2009; SCOTT *et al.*, 2012; GADD *et al.*, 2017).

Por meio da técnica de aCGH, foram identificadas deleções somáticas em um gene anteriormente não caracterizado no cromossomo X, o *AMER1*, de 51 TWs analisados 11 (21,6%) tiveram deleções de *AMER1* e 4 (7,8%) tiveram mutações pontuais em *AMER1* (RIVERA *et al.*, 2007).

Um estudo avaliou a frequência de mutações de *AMER1* em 125 TWs por meio da técnica de sequenciamento sanger, em que 23 de 125 (18,4%) TWs carregavam um total de 24 mutações em *AMER1*, uma frequência mais baixa do que a observada por Rivera *et al.*, 2007. Além disso, por meio da técnica de PCR quantitativa em tempo real (qPCR, do inglês
quantitative real-time PCR), o estudo também avaliou um grupo adicional de 52 TWs quanto à deleção de *AMER1*, que foi identificada em cinco casos (9,6%) (RUTESHOUSER, ROBINSON, HUFF, 2008).

Posteriormente, *AMER1* foi estudado em 102 TWs por meio de análises de qPCR, que detectaram deleções em 5 de 45 (11%) TWs do sexo masculino e em 9 de 50 (19%) TWs do sexo feminino, sendo que a deleção afetou o cromossomo X ativo apenas em dois casos (4%) (PEROTTI *et al.*, 2008).

Wegert *et al.* (2009) determinaram o *status* de mutação de *WTX*, *CTNNB1* e *WT1* em uma coorte de 429 TWs, em que alterações genômicas (deleções ou perda de alelos) de *WTX* foram identificadas em 17% dos TWs. Ao avaliar a expressão pela técnica de qPCR, 63 de 243 (26%) dos casos avaliados com TWs de histologia favorável tratados pelo protocolo SIOP mostraram expressão muito baixa ou ausente de mRNA de *WTX*. Curiosamente, as alterações em *WTX* (mutação ou ausência de expressão) não foram associadas com os parâmetros clínicos avaliados, sugerindo que as mutações de *WTX* têm pouco impacto direto no comportamento dos TWs (WEGERT *et al.*, 2009).

Scott *et al.* (2012) identificaram que dentre cinco loci analisados (*WT1*, *CTNNB1*, *WTX*, *TP53* e a região 11p15) em 120 TWs, 69% dos tumores apresentaram anormalidades epigenéticas em 11p15, das quais 37% foram epimutações em H19 – a epimutação é uma alteração hereditária com origem em modificações aleatórias da cromatina em uma determinada posição ou região (HU, BARRETT, 2017) – e 32% dissomia uniparental paterna (pUPD) – a UPD é uma herança de um par de cromossomos de apenas um genitor (pai ou mãe), quando o par de cromossomos descendem do gameta feminino é dissomia uniparental materna (mUPD), e quando o par de cromossomos descendem do gameta masculino é ou paterna (pUPD) (MALUF, RIEGEL, 2011). Também foram encontradas mutações de *WTX* em 32%, *CTNNB1* em 15%, *WT1* em 12% e *TP53* em 5% dos tumores. Além disso, o estudo identificou associações entre 11p15 e *WTX*, entre *WT1* e *CTNNB1*, entre *WT1* e pUPD 11p15, e uma forte associaçõe negativa entre *WT1* e epimutação H19.

3.6 Alterações em WT1 e CTNNB1

WT1, localizado no cromossomo 11p13, foi clonado pela primeira vez em 1990 como um gene supressor de tumor em TW (CALL *et al.*, 1990; BONETTA *et al.*, 1990; GESSLER *et al.*, 1990). O *WT1* codifica um fator de transcrição envolvido no desenvolvimento dos rins e das gônadas (HUFF, 1998; DOME, HUFF, 2003), inativado em linhagem germinativa de crianças com predisposição genética ao TW e em um subconjunto de cânceres esporádicos, que pode causar graves anormalidades da diferenciação renal e sexual (LEE, HABER, 2001).

Koufos *et al.* (1984) publicaram um estudo em que 3 de 7 casos de TWs primários analisados apresentaram a perda do cromossomo 11p. No mesmo ano, diferentes estudos mostraram perdas no cromossomo 11p em pacientes com TWs (ORKIN, GOLDMAN, SALLAN, 1984; FEARON, VOGELSTEIN, FEINBERG, 1984; REEVE *et al.*, 1984).

Ao longo dos anos, os estudos têm mostrado que 11p13 está alterado na linhagem germinativa ou somaticamente em cerca de 15% dos casos de TWs (CHARLTON, PRITCHARD-JONES, 2016). Além disso, cerca de 15% dos TWs apresentam mutação em *CTNNB1* (RUTESHOUSER, ROBINSON, HUFF, 2008; GADD *et al.*, 2017), as quais normalmente ocorrem em concomitância com *WT1* (SCOTT *et al.*, 2012).

3.7 11p15

Outra região gênica onde são encontradas anormalidades em aproximadamente 50 a 80% dos pacientes com TW são nos locis em 11p15 (GADD *et al.*, 2017), mais especificamente no locus *H19/IGF2*, que engloba o fator de crescimento *IGF2* e o RNA não codificante *H19* (SCOTT *et al.*, 2012).

Cerca de 70% dos casos esporádicos de TWs são caracterizados por perda de imprinting (LOI, do inglês *Loss of Imprinting*) ou LOH de 11p15 (MASCHIETTO *et al.*, 2014a) – o imprinting é um processo de silenciar genes por meio da metilação do DNA, em que uma cópia de um gene de em um indivíduo (da mãe ou do pai) é expressa (não metilada), enquanto a outra cópia é suprimida (metilada) (JELINIC, SHAW, 2007).

3.8 Candidatos a biomarcadores para serem implementados em TWs

Os grupos internacionais COG e SIOP vêm testando prospectivamente diversos candidatos a biomarcadores (**Tabela 1**). Atualmente, os protocolos terapêuticos objetivam personalizar o tratamento de pacientes com TWs, essencialmente com a finalidade de diminuir os efeitos colaterais a curto e longo prazo, mas sem reduzir a sobrevida, além de intensificar o tratamento nos casos que apresentam pior prognóstico. Com o uso de biomarcadores, estudos recentes têm buscado definir os grupos de pacientes com TW de baixo e alto risco.

Biomarcador	Ocorrência	Tipo Histológico	Alterações	Referências
AMER1 (Xq)	15 a 20%	Todas as histologias	Perda	WEGERT et al., 2009
1p	11%	Histologia favorável	Perda	GRUNDY et al., 2005
1q	30%	Todas as histologias	Ganho	BOWN <i>et al.</i> , 2002; CHAGTAI <i>et al.</i> , 2016
<i>MYCN</i> (2p)	13%	Histologia desfavorável	Amplificações	WILLIAMS et al., 2015
WT1 (11p)	10 a 15%	Todas as histologias	Perda	SCOTT <i>et al.</i> , 2012; GADD <i>et al.</i> , 2017
16q	17%	Histologia favorável	Perda	GRUNDY et al., 2005
<i>TP53</i> (17p)	4% a 20%	Histologia desfavorável	Perda	MASCHIETTO et al., 2014b; WEGERT et al., 2017

Tabela 1 - Candidatos a biomarcadores de TW.

4 Justificativa

Nas últimas décadas, a abordagem multidisciplinar do tratamento dos TWs tornou-se um exemplo das histórias de sucesso da oncologia pediátrica (SZYCHOT, APPS, PRITCHARD-JONES, 2014). Na América do Norte e Europa, os recentes avanços na terapia do TW evoluíram para modificar a intensidade de tratamento de acordo com propriedades biológicas específicas (LOVVORN *et al.*, 2015).

Entre as contribuições para os avanços no tratamento de TW estão a adequação da terapia com base em fatores clínicos e biológicos, como idade do paciente, tamanho e volume do tumor, resposta à quimioterapia e LOH nos cromossomos 1p e 16q (DOME *et al.*, 2013; DOME *et al.*, 2014).

Ensaios clínicos sucessivos realizados pelo COG, SIOP e outros grupos de estudo resultaram em sobrevida global superior a 90% para pacientes com TW. Contudo, os tratamentos têm morbidades associadas e existem subgrupos – com características histológicas e moleculares desfavoráveis, doença bilateral e doença recorrente – em que a sobrevida global cai significativamente.

A fim de melhorar as taxas de cura, identificar pacientes de alto risco e reduzir a morbidade relacionada ao tratamento – neoplasias secundárias, doenças cardíacas, problemas reprodutivos e fadiga crônica, entre outras complicações (GREEN *et al.*, 2001; WRIGHT, GREEN, DAW, 2009; BRESLOW *et al.*, 2010; TERMUHLEN *et al.*, 2011; WONG *et al.*, 2016) – novas abordagens são necessárias.

Desse modo, biomarcadores mais específicos para a estratificação do tratamento poderiam permitir a terapia adaptada de acordo com os aspectos biológicos de cada tumor, além de identificar alvos terapêuticos com um perfil de eficácia/toxicidade mais favorável em comparação com os agentes quimioterápicos normalmente utilizados (DOME *et al.*, 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Validar os candidatos a biomarcadores *AMER1* (Xq), 1p, 1q, *MYCN* (2p), *WT1* (11p), 16q e *TP53* (17p) em pacientes com TW tratados no Centro Infantil Boldrini.

2 Objetivos específicos

- Selecionar pacientes com TW tratados no Centro Infantil Boldrini com material biológico disponível;
- Coletar as informações clínicas e patológicas dos pacientes;
- Extrair o DNA das amostras de tumores congelados viáveis;
- Avaliar o número de cópias de *AMER1* (Xq), 1p, 1q, *MYCN* (2p), *WT1* (11p), 16q e *TP53* (17p);
- Comparar os achados moleculares com as informações clínicas e patológicas dos pacientes;
- Comparar os achados moleculares com os achados dos estudos de coortes internacionais.

3 METODOLOGIA

3.1 Comitê de Ética

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Infantil Boldrini sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 18608519.2.0000.5376 (**Anexos**).

3.2 Casuística

As amostras de tecido renal são provenientes de crianças com diagnóstico anatomopatológico confirmado de TW de casos retrospectivos, e a maioria delas tratada de acordo com o protocolo COG no Centro Infantil Boldrini entre os anos de 2005 e 2020. Neste período, conforme informações concedidas pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Infantil Boldrini, foram registrados 192 pacientes portadores de TW.

Dos 192 pacientes, após análise dos prontuários, constatou-se que 6 pacientes, posteriormente, foram diagnosticados com um outro tipo de tumor renal. Para os experimentos, foram utilizados pacientes diagnosticados com TW com amostras congeladas no Biobanco da instituição e que tivessem o termo de consentimento assinado pelo responsável legal. Assim, dos 186 pacientes restantes, 47 casos foram selecionados para as análises moleculares (**Figura 3**) realizado no software Lucidchart.



Figura 3 - Fluxograma da casuística produzido no Lucidchart. Observação: Nefroblastoma Cístico é TW cístico.

3.3 Variáveis

A partir do levantamento dos dados clínicos e patológicos extraídos dos prontuários dos pacientes, as variáveis deste estudo foram organizadas em três categorias (paciente, tumor e tratamento), conforme apresentado no **Quadro 5**.

Paciente	Tumor	Tratamento
Quantidade	Estadiamento patológico	Quimioterapia Pré-Nefrectomia
Sexo	Peso da Peça Cirúrgica Total	Radioterapia
Cor	Lateralidade	Protocolo
Peso ao Nascimento	Classificação Histológica	Regime
Idade ao Diagnóstico	Predomínio Histológico	Desvio de Tratamento
Peso ao Diagnóstico	Metástase ao Diagnóstico	Duração do 1º Esquema
		Quimioterápico
Altura aoDiagnóstico		Resposta
Índice de Massa Corporal (IMC)		Óbito
Estadiamento Clínico		

Quadro 5 - Variáveis do estudo.

3.4 Seleção das amostras

As amostras de TW deste estudo foram obtidas no Biobanco do Centro de Pesquisa do Centro Infantil Boldrini. Essas amostras foram coletadas por biópsia, antes de qualquer procedimento/tratamento e armazenadas em RNAlater a –80°C.

Para cada tumor, com o uso de bisturi, foi realizado um corte do tumor, que ficou armazenado em microtubos de 1,5 mL e congelado a -20° C até o momento da extração de DNA.

3.5 Extração de DNA

Para a padronização de extração de material congelado, foi utilizado o Kit GenELUTE Mammalian Genomic DNA Miniprep (Sigma-Aldrich by Merck KGaA, Darmstadt, Alemanha), seguindo o protocolo sugerido pelo fabricante. As amostras foram extraídas em temperatura ambiente. Inicialmente, com auxílio de uma pinça anatômica, o tecido foi cuidadosamente coletado, fragmentado e transferido para um microtubo de 1.5 mL. Em seguida, foi adicionado 20-30µL Lysis Solution T para macerar o tecido. Em seguida, foi adicionado o volume restante de Lysis Solution T para completar 180 µL e adicionado 20 µL de Proteinase K, e então o tubo foi vortexado e incubado a 55°C até a digestão completa (2 a 4 horas). Após completar a digestão, o tubo foi vortexado novamente, adicionado 20 µL de RNAse A Solution e incubado a 2 minutos em temperatura ambiente. Em seguida, foi adicionado 200 µL de Lysis Solution C ao tubo, que foi vortexado por 15 seg para homogeneizar a solução. Posteriormente, o tubo foi incubado a 70°C por 10 minutos. Enquanto o tubo estava na incubação, foi montada a Coluna + Tubo Coletor de 2 mL. Para a sua preparação, foi adicionado 500 µL de Columm Preparation Solution e centrifugado a 12.000 x g por 1 minuto. Finalizada a centrifugação, foi descartado o líquido, mas mantido o tubo coletor. Em seguida, foi adicionado 200 µL de etanol 100% ao lisado e vortexado por 10 seg, deixando a solução homogênea. Em seguida, foi transferido todo o conteúdo do passo anterior (lisado + etanol) para a coluna tratada (utilizando uma ponteira de fundo largo), e em seguida, o conteúdo foi centrifugado a 7.000 x g por 1 minuto. Finalizada a centrifugação, foi descartado o tubo coletor e posicionado a coluna sobre um novo. Em seguida, foi adicionado 500 μ L de Wash Solution diluído na coluna e centrifugado a 7.000 x g por 1 minuto. Após, foi descartado o líquido, mas mantido o tubo coletor. Em seguida, foi adicionado 500 μ L de Wash Solution diluído na coluna e centrifugado a velocidade máxima (16.000x g) por 3 minutos. Então, a coluna ficou seca para retirar todo o etanol. Após, foi descartado o tubo coletor e posicionado a coluna sobre um novo coletor. Em seguida, foi pipetado 100 μ L de Elution Solution no centro da coluna e incubado por 5 minutos a temperatura ambiente. Após, foi centrifugado por 1 minuto a 7.000 x g. Em seguida, a etapa anterior foi repetida utilizando um novo tubo coletor para uma segunda eluição, em que foi utilizado 70 μ L de Elution Solution.

3.6 Avaliação do DNA

Para obter o controle de qualidade do material genômico extraído foram realizadas as seguintes etapas:

1) Quantificação obtida pelo fluorômetro Qubit Fluorometric Quantitation (Invitrogen by Thermo Fisher Scientific, Waltham, Massachusetts, EUA).

2) Pureza do DNA extraído avaliada pela razão 260/280 analisada no espectrofotômetro Biodrop Duo (Biochrom Ltd Cambourne, Cambridge), que deve ficar acima de 1,7, pois abaixo indicar a presença de outras moléculas na amostra, como proteínas (acima de 1,8 a amostra é considerada pura).

3) Integridade do DNA genômico avaliada através de eletroforese em gel de agarose (banda de alto peso molecular sem arraste significativo que indique degradação).

Para quantificar o DNA, foi utilizado o kit Qubit dsDNA BR Assay (Invitrogen by Thermo Fisher Scientific, Waltham, Massachusetts, EUA), conforme especificações do fabricante.

Inicialmente, foi preparado o mix de quantificação na proporção 1:200 (buffer + fluoróforo). Exemplo: 199 uL de buffer + 1 uL de fluoróforo. Em seguida, foi pipetado 198 uL de mix + 2 uL de cada amostra, nos respectivos tubos de quantificação previamente identificados. Os tubos foram incubados no escuro à temperatura ambiente por 2 minutos. Por fim, os tubos foram inseridos para leitura no equipamento Qubit Fluorometric Quantitation.

3.6.2 Pureza - Biodrop

Para ver a pureza do DNA, foi utilizado o equipamento Biodrop conforme especificações do fabricante. Inicialmente, foi pego 2 uL da solução em que foi eluida a amostra para solução utilizar como "branco" no equipamento, calibrando-o. Em seguida, para avaliar a razão 260/280, foi pipetado 2 uL de amostra diretamente no Biodrop.

3.6.3 Integridade - Gel de Agarose

Após determinadas concentrações das amostras, seguiu-se para o passo de controle de qualidade, com o preparo do gel de agarose 0,8%. Com o auxílio de uma espátula, foi pesado 0,4 g de agarose em um erlenmeyer. Em seguida, foi medido na proveta 50 mL de TBE 1x e inserido no erlenmeyer com a agarose, que foi levado ao micro-ondas até a dissolução completa da agarose (cerca de 2 minutos). Depois de retirado do micro-ondas, foi adicionado 2 uL de syber safe no erlenmeyer e deixado solidificando no suporte para gel de agarose, previamente montado com a fita. Após completamente solidificado o líquido, foram aplicadas as amostras e o ladder 1kb, conforme os seguintes passos: foi pipetado 2 uL da

amostra e completado com TA 1x para o volume final de aplicação de 10 uL, e, considerando a quantificação (ng/uL) de cada amostra, foi aplicado diferentes quantidades de uL de amostra (se 50 ng, então 1 uL de amostra, se 50 ng, então 2 uL de amostra, e se 10 ng, então 5 uL de amostra). Especificações da corrida: foi aplicado 4,5 uL de ladder no primeiro poço do gel, e aplicado 10 uL (amostra + TA 1x) no gel nos poços restantes; a máquina de eletroforese foi setada para 100 V por 40 minutos; após a corrida, o gel foi fotografado no Chemidoc.

3.7 MLPA

A técnica de Amplificação Multiplex de Sondas Dependente de Ligação (MLPA) é baseada na amplificação de até 60 sondas, que detecta variações no número de cópias em sequências curtas de DNA (50-70 nucleotídeos), descrita inicialmente por Schouten *et al.* (2002) e hoje patenteada pela empresa holandesa MRC-Holland. Ao longo dos anos, MLPA tornou-se uma das técnicas mais utilizadas para a investigação molecular de doenças genéticas (STUPPIA *et al.*, 2012, MRC-Holland, 2022).

A técnica é baseada na hibridização de sondas específicas em regiões de interesse do genoma. Para isso, a MLPA é composta das seguintes etapas, de acordo com a MRC-Holland: 1) Desnaturação da amostra de DNA; 2) Hibridação de uma mistura de sondas MLPA que são adicionadas à amostra de DNA desnaturado, em que cada sonda contém dois oligonucleotídeos (5' - 3' e 3' - 5') separados que devem hibridar com sequências alvo imediatamente adjacentes para serem ligadas em uma única sonda; 3) Ligação apenas das sondas que foram hibridizadas; 4) Amplificação das sondas ligadas por meio de uma reação de PCR, com com um primer marcado de forma fluorescente, resultando em um conjunto de amplicons de PCR exclusivos; 5) Eletroforese capilar para separar os amplicons, permitindo que os produtos de amplificação sejam visualizados durante a separação do fragmento em um instrumento; 6) Análise dos fragmentos, que produzem um eletroferograma específico de cada amostra – aqui cabe ressaltar que a técnica de MLPA é relativa, ou seja, a altura relativa de cada pico de sonda individual, em comparação com as alturas de pico de sondas relativas

em várias amostras de DNA de referência, reflete o número de cópias relativo da sequência alvo correspondente em uma amostra.

Abaixo, seguem as etapas detalhadas da técnica de MLPA, seguindo o Protocolo Geral MLPA - MRC Holland.

1) Desnaturação do DNA (1º dia)

A primeira etapa consistiu em aquecer as amostras de DNA de 5 µl por 5 minutos a 98°C.

- Rotulação de tubos de 0,2 ml.
- Adição de 5 µl de amostra de DNA (totalizando 80 ng) a cada tubo.
- Colocação dos tubos no termociclador.
- Iniciação das etapas 1-2 do programa de MLPA.
- Certificação de que as amostras estavam a 25°C antes da remoção dos tubos do termociclador.

2) Hibridização de sondas para amostra de DNA (1º dia)

A segunda etapa consistiu em adicionar 3 μ l do master mix de hibridização a cada amostra de DNA, incubar por 1 minuto a 95°C e hibridizar por 16 horas a 60°C.

- Preparação do master mix de hibridização (por reação): 1.5 µl MLPA buffer
- e 1.5 μl SALSA probemix. Misturado bem com pipetagem.
- Adição do master mix de hibridização aos tubos com DNA da etapa anterior.
- Misturado bem pipetando suavemente para cima e para baixo.
- Continuação com as etapas 3-4 do programa de MLPA.

3) Ligação de sondas hibridizadas (2º dia)

A terceira etapa consistiu em abaixar a temperatura do termociclador para 54°C, abrir os tubos e adicionar $32 \,\mu$ l do master mix de Ligase-65, incubar por 15 minutos a 54°C e aquecer a inativação da enzima ligase: 5 minutos a 98°C.

Preparação do master mix de Ligase-65 (por reação): 25 μl água ultrapura, 3 μl ligase buffer A, 3 μl ligase buffer B e 1 μl enzima Ligase-65. Misturar bem pipetando suavemente para cima e para baixo.

• Continuação com a etapa 5 do programa do termociclador.

Adição de 32 µl do master mix de Ligase-65 a cada reação MLPA, quando o termociclador atingiu 54°C e enquanto as amostras estavam dentro do termociclador.
 Misturado bem pipetando suavemente para cima e para baixo.

• Continuação com as etapas 6-8 do programa de MLPA.

4) Amplificação de PCR de sondas ligadas (2º dia)

A quarta etapa consistiu em esfriar até a temperatura ambiente, abrir os tubos, adicionar 10 μ l do master mix de polimerase à temperatura ambiente, iniciar PCR (35 x {95°C 30 - segundos, 60°C - 30 segundos, 72°C - 60 segundos}, 72°C - 20 minutos, pausa a 15°C).

Preparação do master mix de polimerase (por reação): 7.5 µl água ultrapura,
 2 µl SALSA PCR primer mix e 0.5 µl SALSA polymerase. Misturado bem pipetando suavemente para cima e para baixo.

• Adição de 10 µl do master mix de polimerase a cada reação MLPA à temperatura ambiente. Misturado bem pipetando suavemente para cima e para baixo. Colocado imediatamente os tubos no termociclador e continuado o programa do termociclador com as etapas 9-11.

• Após a reação de PCR, os tubos não foram abertos na mesma sala do termociclador. Para evitar contaminação, foram utilizadas micropipetas diferentes para realizar as reações MLPA e manusear produtos MLPA PCR.

• O produto PCR foi armazenado protegido da luz a 4°C até ser processado. Logo após isso, o produto foi armazenado entre -25°C e -15°C.

5) Separação de fragmentos por eletroforese capilar (2º dia)

O instrumento utilizado foi ABI-3500, com o corante primer FAM, capilares de 36, 50 cm e a mistura de injeção de 0.7 μ l de reação de PCR, 0.2 μ l LIZ GS 500 tamanho padrão, 9 μ l HiDi formamida. Após a injeção da mistura, a placa de injeção foi selada, aquecida por 3

min a 86°C, resfriada por 2 min a 4°C (foi aquecido brevemente a mistura de injeção antes da eletroforese capilar).

6) Análise dos resultados

As análises dos dados foram realizadas por meio do Coffalyser.Net analysis software (www.mrcholland.com).

A Tabela 2 mostra todas as etapas do programa de termociclador da técnica de MLPA.

	_	_						
Desna	Desnaturação do DNA							
1	98°C	5 minutos						
2	25°C	Pausa						
Reaçã	ăo de Hibridizaç	ão						
3	95°C	1 minuto						
4	60°C	16-20 horas						
Reaçã	ăo de Ligação							
5	54°C	Pausa						
6	54°C	15 minutos						
7	98°C	5 minutos						
8	20°C	Pausa						
9	35 ciclos	95°C	30 segundos					
		60°C	30 segundos					
		72°C	60 segundos					
10	72°C	20 minutos						
11	15°C	Pausa						

 Tabela 2 - Programa de termociclador para técnica de MLPA.

3.8 Validação de amostras utilizando ensaios TaqMan®

As amostras de DNA que mostraram grande desvio padrão nos dados do MLPA foram submetidas a qPCR no sistema SDS 7500 Fast – que é uma variação da técnica de PCR, a qual permite que a amplificação e quantificação da sequência de interesse ocorram em tempo real. Para tanto, o experimento foi realizado com o ensaio *TaqMan* (Thermo Fisher Scientific, Waltham, Massachusetts, EUA), que tem maior especificidade e sensibilidade.

A técnica é baseada em uma sonda (oligonucleotídeo) que contém uma molécula fluorescente chamada *reporter* na extremidade 5', responsável por gerar a fluorescência, e outra molécula chamada *quencher* na extremidade 3', que absorve o sinal fluorescente do *reporter* (ou seja, quando a sonda está intacta, as duas moléculas trocam energia uma com a outra e a fluorescência fica inibida). Durante a qPCR, a sonda hibridiza com a sequência alvo de DNA de fita simples. Na amplificação, a *Taq* DNA polimerase cliva a sonda ligada ao DNA, de modo que o *repórter* e o *quencher* são separados, o que resulta no aumento da intensidade da fluorescência emitida, o que permite a quantificação do produto amplificado a cada ciclo (HOLLAND *et al.*, 1991; HEID *et al.*, 1996).

Para este estudo foram utilizadas duas sondas: uma da região de interesse e uma referência (RNAseP), sendo que em cada uma delas há um *reporter* e um *quencher*, marcadas cada uma com corantes diferentes, VICTM e TAMRATM. A **Tabela 3** mostra os reagentes utilizados para a reação de PCR quantitativa realizada neste estudo.

Reagentes	Volume por reação	Ciclo de qPCR (40x)
C C		- · · ·
TaqPath [™] ProAmp [™] Master Mix	5,0 μL	95°C – 10 min
TaqMan® Copy Number Assay (20x)	0,5 μL	95°C − 15 s
TaqMan® Copy Number Reference Assay (20x)	0,5 μL	60°C – 1 min
DNA	3,0 µL	
Água	1,0 µL	
Volume total	10,0 μL	

Tabela 3 - Reação e ciclo de PCR multiplex.

3.9 Avaliação do número de cópias de genes nos TWs

Os experimentos de MLPA foram avaliados no programa Coffalyser.Net (MRC Holland, Amsterdam, Holanda) que identifica um pico da seguinte forma: a) normal quando o Índice de Pico Relativo (RPR) resulta dentro de uma faixa de 0,7 a 1,3, b) excluído quando o RPR é <0,7, c) duplicado quando o RPR é > 1,3. Estes valores são calculados a partir dos valores de fluorescência de sondas desenhadas em regiões normalmente não alteradas (controle interno) além de uma amostra controle.

Para amostras analisadas em qPCR, foi utilizado o software *Applied Biosystems CopyCaller*® (Thermo Fisher), que analisa os dados gerados por experimentos *TaqMan*® *Copy Number Assay* executados em sistemas de PCR em tempo real da Applied Biosystems.

O software CopyCaller® realiza uma análise de quantificação relativa de CT comparativa ($\Delta\Delta$ CT) dos dados em tempo real, que determina o número de cópias da sequência alvo em cada amostra. O método $\Delta\Delta$ CT primeiro calcula a diferença (Δ CT) entre os ciclos de limiar das sequências de ensaio alvo e de referência. Em seguida, o método compara os valores de Δ CT das amostras com uma amostra calibradora que contém um número conhecido de cópias da sequência alvo (Thermo Fisher, 2022).

O ensaio deste estudo utilizou a quantificação relativa, já que buscou analisar alterações na expressão gênica em uma determinada amostra relativa à outra amostra de referência, no caso, o rim normal. Além disso, no ensaio é utilizado um controle endógeno como uma referência ativa, no caso a RNAse P. Foi feita a avaliação da quantidade de cópias para as regiões cromossômicas: *AMER1* (Xq), 1p, 1q, *MYCN* (2p), *WT1* (11p), 16q e *TP53* (17p).

3.10 Correlação dos achados com características clínicas e patológicas

As características clínico-patológicas foram organizadas em uma tabela em Excel (Microsoft, Microsoft Corporation, Redmond, Washington, EUA), considerando variáveis qualitativas e quantitativas e analisadas no programa IBM® SPSS Statistics 23 (International Business Machines Corporation, IBM, Armonk, Nova York, EUA) e foram comparadas com as características moleculares de cada paciente utilizando o teste qui-quadrado (X²).

Contudo, uma vez que os dados não atenderam a todos os pressupostos do teste (a amostra deve ter pelo menos 5 observações em cada célula), foram utilizados os resultados do Teste Exato de Fisher, que tem p-valor preciso para todos os tamanhos amostrais.

3.11 Avaliação de amostras armazenadas em parafina

Este estudo também avaliou casos da coorte dos pacientes com TW de 2005 a 2020 que estavam armazenados em material parafinado no Hospital do Centro Infantil Boldrini, a fim de aumentar o número de indivíduos e aprimorar os resultados.

3.11.1 Seleção de amostras tumorais parafinadas

Junto ao Departamento de Patologia, foi realizada uma busca das lâminas de hematoxilina-eosina (HE) referentes às amostras de tumores com predomínio de componente blastematoso fixadas em parafina. Todos os casos foram revisados pela patologista Dra. Izilda Aparecida Cardinalli, acompanhados da pesquisadora (TOB), confirmando o componente histológico de interesse, ou seja, a seleção de lâminas com maior % de componente blastematoso. Durante a revisão das lâminas e dos prontuários, foi preenchida uma ficha com as seguintes características referente a composição da lâmina: % componente blastematoso, % componente epitelial, % componente estromal, % necrose e demais observações do patologista responsável e/ou pesquisadora.

Para cada bloco selecionado, foi feita uma macrodissecção dos componentes do rim normal e do TW, realizada pelos técnicos do Departamento de Patologia (Irineu Mantovanelli Neto e Aparecido Paulo de Moraes), juntamente com a pesquisadora (TOB). Para cada bloco, foram realizados de 5 a 10 cortes transversais de 5 μ m de espessura utilizando o micrótomo (LEICA RM2125RT). O conjunto de cortes foram armazenados em microtubos de 1,5 mL e congelados a –20°C até o momento da extração de DNA.

3.11.2 Extração de DNA

Para a padronização de extração de material parafinado, foi utilizado o kit comercial PureLink[™] Genomic DNA Mini Kit (Invitrogen by Thermo Fisher Scientific), seguindo o protocolo FFPE Tissue Lysate de acordo com as instruções sugeridas pelo fabricante. As amostras foram extraídas em temperatura ambiente conforme as seguintes etapas:

Etapa 1 – Preparando o lisado: 1. Foram colocados cinco cortes de 5 µm de espessura de cada amostra em um microtubo estéril. 2. seguido de adição de 1 mL de xilol às amostras, que em seguida foram homogeneizadas por alguns segundos. 3. Posteriormente, os microtubos foram centrifugados à velocidade máxima da centrífuga durante 3 minutos e o sobrenadante foi removido. 4. Logo após, foi adicionado 1 mL de etanol absoluto, com posterior homogeneização e centrifugação (velocidade máxima durante 3 minutos) e removido o sobrenadante (o passo 4 foi repetido mais uma vez). 5. Em seguida, os microtubos foram incubados com a tampa aberta a 37°C por aproximadamente 10 minutos para evaporar os resíduos de etanol. 6. Logo após, foram adicionados aos microtubos 180 µL de PureLink® Genomic Digestion Buffer e 20 µL de Proteinase K e misturados por breve vórtex e incubados a 50°C por aproximadamente 3 horas. 7. Após a incubação, o lisado foi centrifugado (velocidade máxima durante 3 minutos) e transferido para um novo microtubo estéril. 8. Em seguida, foram adicionados 20 µL de RNase A ao lisado, com posterior homogeneização e incubação à temperatura ambiente por 2 minutos. 9. Em seguida, foram adicionados ao lisado 200 µL de PureLink® Genomic Lysis/Binding Buffer e misturado por vórtices breves. 10. Para finalizar esta etapa, foram adicionados 200 µL de etanol absoluto ao lisado, misturado em vórtex por 5 segundos para obter uma solução homogênea.

Etapa 2 – Ligação do DNA: O lisado (~ 640 μ L) foi adicionado à PureLink® Spin Column. Em seguida, a coluna foi centrifugada a 10.000 × g durante 1 minuto. Após a centrifugação, o tubo de coleta foi descartado e a coluna foi colocada em um PureLink® Collection Tube.

Etapa 3 – Lavagem do DNA: 1. Foram adicionados à coluna 500 μ L de Wash Buffer 1 e em seguida, a coluna foi centrifugada a 10.000 × g durante 1 minuto, e então descartado o tubo de coleta e colocado a coluna de centrifugação em um PureLink® Collection Tube. 2. Foram adicionados à coluna 500 µL de Wash Buffer 2 e em seguida a coluna foi centrifugada à velocidade máxima durante 3 minutos e novamente descartado o tubo de coleta.

Etapa 4 – Eluição do DNA: A coluna de centrifugação foi transferida para um microtubo estéril de 1,5 mL e foi adicionado a ela 100 μ L de PureLink® Genomic Elution Buffer. Posteriormente, a coluna foi incubada em temperatura ambiente por 1 minuto e centrifugada à velocidade máxima durante 1 minuto. Com o objetivo de recuperar maior quantidade de DNA, foi executado novamente o passo anterior utilizando 50 μ L de PureLink® Genomic Elution Buffer em um novo microtubo estéril de 1,5 mL. Os microtubos foram identificados e armazenados em alíquotas a 4°C para uso imediato e a –20°C para armazenamento a longo prazo, para evitar o congelamento e descongelamento repetidos do DNA.

3.11.3 Quantificação do DNA

Para quantificar o DNA, foi utilizado o kit Qubit dsDNA HS Assay (Invitrogen by Thermo Fisher Scientific), conforme especificações do fabricante. Foi preparada uma solução contendo 2 μ L de DNA diluído e 198 μ L do mix previamente preparado e incubado no escuro à temperatura ambiente por 2 minutos. Logo após, foi realizada a leitura no aparelho Qubit Fluorometric Quantitation e determinadas as concentrações das amostras.

3.11.4 Avaliação da integridade do DNA

A integridade qualidade do DNA foi avaliada por uma PCR multiplex, que amplifica quatro bandas de aproximadamente 100, 200, 300 e 400 pares de bases flanqueando sequências localizadas no gene Glyceraldehyde-3-Phosphate Dehydrogenase (*GAPDH*), com 4 pares de *primers* conforme o conjunto de 8 primers listados na (**Tabela 19**). O que possibilitou estimar a degradação e verificar a possibilidade de amplificar tamanhos de fragmentos equivalentes aos fragmentos para avaliar o número de cópias. A reação e o ciclo de PCR utilizados estão descritos na **Tabela 20**.

Primer	Forward (5'-3')	Reverse (5'-3')	Fragmento da Amplificação
GAPDH 1	GTTCCAATATGATTCCACCC	CCATCACCATCTTCCAGGAG	100bp
GAPDH 2	AGGTGGAGCGAGGCTAGC	AGGACATTTCCACCGCAAA	198bp
GAPDH 3	AGGTGAGACATTCTTGCTGG	GACGCTGACTGGTTAGTGGA	299bp
GAPDH 4	ACAGTCCATGCCATCACTGC	CAACGACCACTTTGTCAAGC	398bp

Tabela 19 - Sequências dos Primers.

Tabela 20 - Reação e ciclo de PCR multiplex.

Reagentes	Volume por reação	Ciclo de PCR
H2O milli-Q	12,3 μL	94℃ – 4 minutos
Buffer 10X c/ MgCl2	5,0 μL	$94^{\circ}C - 1$ minuto
MgCl2 (50mM)	1,5 μL	56° C – 1 minuto (35 ciclos)
dNTP (10mM)	1,0 µL	72°C – 1 minuto
Primer 10mM (de cada um dos 8)	0,5 μL (X8)*	
Taq DNA polimerase 5U/uL	0,2 μL	$72^{\circ}C - 7 \text{ minutos}$
DNA	6,0 μL	
Volume total	30 μL	

*Observação: oito primers foram utilizados nesta reação.

3.11.5 Gel de agarose

O método da PCR convencional requer a visualização em gel de agarose para determinar a amplificação e especificidade do amplicon. A PCR foi verificada em gel de agarose (2%) em TBE (1X), que foi preparado com 1g de agarose e 50 mL de TBE (1X).

3.11.6 Ensaios TaqMan® Gene Expression

Após a otimização das extrações de amostras em FFPE, as amostras de DNA que amplificaram pelo menos a banda de 100 pb foram submetidas em qPCR no sistema SDS 7500 Fast. Amplificar uma banda de 100 bases seria suficiente para a integridade uma vez que todas as reações de qPCR apresentavam em torno deste tamanho. Para tanto, o experimento foi realizado com o ensaio TaqMan, da mesma forma como descrito em métodos para material congelado.

4 RESULTADOS

4.1 Seleção de casos

O SAME registrou 192 pacientes com TWs entre os anos de 2005 e 2020. Após verificação dos prontuários, foram excluídos 6 casos, visto que o diagnóstico não foi confirmado como TW. Assim, foram utilizados 186 casos para as análises descritivas. Destes, 47 casos continham amostras congeladas armazenadas no Biobanco, que foram utilizadas para validação dos biomarcadores candidatos.

4.2 Análise Descritiva

Os pacientes foram descritos conforme a lateralidade do tumor (unilateral ou bilateral) e histologia do tumor (favorável ou desfavorável), isso porque o TW apresenta características distintas quando é unilateral ou bilateral e quando é de histologia favorável ou desfavorável.

4.2.1 Pacientes diagnosticados com tumores de histologia favorável

As informações apresentadas foram retiradas dos prontuários dos pacientes. Os pacientes diagnosticados com TW unilateral e sem anaplasia totalizaram 153 de 186 (82,3%) casos, ou seja, são pacientes como TW esporádico e de histologia favorável.

Na **Tabela 4** estão listadas todas as variáveis avaliadas neste estudo, dividida em três partes (A, B e C), contendo: em A as características dos pacientes, em B as características dos tumores e em C as características dos tratamentos.

Resumidamente, a **Tabela 4** mostra predomínio da cor branca (autodeclarada, 72,5%) entre os pacientes, e maioria com índice de massa corporal (IMC) adequado (68,6%). Quanto

ao tumor, a maioria (74,5%) apresenta os três componentes celulares em proporções variadas, sendo 49,7% com predomínio do componente blastematoso, sem metástase ao diagnóstico (60,1%), 32% com estadiamento clínico III e 39,2% com estadiamento patológico II. A maioria dos casos (84,3%) seguiu o protocolo de tratamento estabelecido pelo COG, 66% dos pacientes com cirurgia seguido de quimioterapia, 48,4% seguindo o regime COG DD-4A (48,4%). Do total de pacientes, 81% não tiveram eventos e 88,9% sobreviveram após 5 anos do diagnóstico. Ao nascimento, os bebês pesaram 3.255 g (720 a 5.000 g) em média. Ao diagnóstico, as médias foram de 48 meses de idade (1 a 304 meses), 17,3 kg (4,1 a 68 kg), 102 cm de altura (54 a 172 cm). Já o produto da nefrectomia pesou 509 g em média (70 a 1.900g).

A - Características dos Pacientes		
	N	%
Quantidade	153	100
Sexo		
Feminino Masculino	78 75	51 49
Cor (autodeclarada)		
Branco	111	72,5
Pardo	28	18,3
Negro Amarelo	8	5,2 13
Não informado	4	2,6
Peso ao Nascimento (g)		
Média	3.255	-
Idade ao Diagnóstico (meses)		
Média	48	-
Peso ao Diagnóstico (g)		
Média	17.264	-
Altura ao Diagnóstico (cm)		
Média	102	-
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Baixo IMC para idade (< Percentil 3)	10	6,5
IMC adequado ou Eutrófico (\geq Percentil 3 e < Percentil 85)	105	68,6
Sobrepeso (2 Percentil 85 e < Percentil 97) Obegidade (> Percentil 97)	14	9,2 5.0
Não informado	15	9,8
Estadiamento Clínico		
Ι	25	16,3
Π	37	24,2
III	50	32,7
	37 4	24,2
Não informado	4	2,0

Tabela 4 - Características qualitativas dos casos com TW de histologia favorável e esporádicos.

B) Características dos Tumores							
Estadiamento Patológico							
	Ι	30	19.6				
	II	60	39,2				
	III	41	26,8				
	IV	6	3,9				
	Não informado	16	10,5				
Peso da Peça Tumoral Total (g)							
	Média	509	-				
Lateralidade							
	Direito	72	47,0				
	Esquerdo	78	51,0				
	Não informado	3	2,0				
Classificação Histológica							
	Unifásico	2	1,3				
	Bifásico	15	9,8				
	Trifásico	114	74,5				
	Necrótico	3	2,0				
	Não informado	19	12,4				
Predomínio Histológico							
	Blastematoso	76	49,7				
	Estromal	24	15,7				
	Epitelial	33	21,6				
	Misto	5	3,3				
	Necrose	3	2,0				
	Não informado	12	7,8				
Metástase ao Diagnóstico							
	Sim	50	32,7				
	Não	92	60,1				
	Não informado	11	7,2				

C) Características dos Tratamentos			
Quimioterapia Pré-Nefrectomia (a)			
S	im	43	28,1
Não informa	ão	101	66,0
Não informa	ao	9	5,9
Radioterapia (b)			
S	im	841	54,9
N	ão	8	39,9
Não informa	do		5,2
Protocolo			
CO)G	129	84,3
SIG	OP	9	5,9
Mis	sto	7	4,6
Não informa	do	8	5,2
Regime			
COG (EE-4	A)	55	35,9
COG (DD-4	A)	74	48,4
SIOP (Stage I	II)	5	3,3
SIOP (Stage I	V)	4	2,6
Mits Não informa	sto	/ 8	4,6
	uo	0	5,2
Desvio de Tratamento*			
S	im	7	4,6
	ão	136	88,9
Nao informa	do	10	6,5
Duração do 1º Esquema de Quimioterapia (c)			
Méd	lia	164	-
Resposta			
Respond	eu	124	81.0
Reca	aiu	19	12,4
Progree	liu	5	3,3
Não informa	do	5	3,3
Óbito			
S	im	14	9,1
Ν	ão	136	88,9
Não informa	do	3	2,0

(a) A quimioterapia aqui se refere inclusive ao protocolo COG, que dependendo do estadiamento, utiliza esquema quimioterápico antes da nefrectomia.

(b) A radioterapia aqui se refere a qualquer parte do corpo, não apenas na região pélvica.

(c) Os esquemas quimioterápicos apresentam durações diferentes, esse valor é a média dos valores apresentados, ou seja, há pacientes que foram tratados em menor tempo e há pacientes que foram tratados por maior tempo. Considerando COG (EE-4A) – 19 semanas e COG (DD-4A) – 25 semanas.

* Os motivos dos desvios de tratamento, ou seja, da alteração ou troca de esquema quimioterápico, foram:

Paciente 45 - Iniciou tratamento com o protocolo DD-4A (de 25/06/2014 a 05/01/2015). Após diagnóstico de metástase durante o tratamento para o pulmão, trocou para o protocolo ICE em 09/02/2015 e foi a óbito em 20/02/2015.

Paciente 74 - Iniciou o tratamento com o protocolo DD-4A (de 19/08/2011 a 16/09/2011. Depois foi para o protocolo ICE (de 26/09/2011 a 04/03/2012). Devido à progressão tumoral, realizou o protocolo NWTS-4 por 44 semanas (quimioterapia paliativa) - Protocolo I, NWTS-IV (de 13/08/2012 a 03/05/2013) e foi a óbito em 26/09/2013.

Paciente 89 - Iniciou o tratamento com o protocolo DD-4A por 15 semanas. Devido à progressão tumoral, realizou o protocolo ICE (de 22/11/2010 a 29/03/2011) e foi a óbito em 08/07/2011.

Paciente 103 - Iniciou o tratamento com o protocolo DD-4A (de 15/05/2009 a 29/07/2009). Devido à não resposta, foi trocado o protocolo para o Regimen I - NWTS-V (de 31/08/2009 a 26/11/2009).

Paciente 120 - Iniciou o tratamento com o protocolo DD-4A em 26/05/2008, completando duas semanas e depois passou para Regimen I, que parou em 04/10/2008, e foi a óbito em 30/10/2008.

Paciente 128 - Iniciou o tratamento com o protocolo DD-4A (de 13/07/07 a 12/09/2007). Depois passou para Regimen I - NWTS-V (de 24/09/2007 a 13/11/2007) e foi a óbito em 05/12/2007.

Paciente 130 - Iniciou o tratamento com o protocolo DD-4A (de 12/07/2007 a 08/01/2008). Depois fez ICE (de 26/02/2008 a 10/06/2008 - sofreu choque séptico), em seguida realizou o Protocolo J - NWTS-IV (de 10/07/2008 a 16/02/2009).

Devido às diferenças de abordagens, é necessário analisar os pacientes tratados conforme os protocolos do COG e da SIOP separadamente. Assim, a análise dos pacientes com TW de histologia favorável tratados com protocolo COG, resultou na associação significativa entre a variável "**Resposta**" ao tratamento com as variáveis "**Radioterapia**" (p=0,023), "**Tratamento**" (p=0,024) e "Óbito" (p<0,0001) (**Tabela 5A**). Ao comparar a variável "**Óbito**" não foi observada nenhuma associação significativa entre as variáveis (**Tabela 5B**). As variáveis com valores estatisticamente significativos estão sinalizadas com asterisco (*).

 Tabela 5 - Associação das características qualitativas dos casos com histologia favorável e esporádicos tratados com COG.

		Respondeu	Recaiu	Progrediu	Total
Classificação Histológica (1)	Unifásico	2 (1,7%)	0 (0,0%)	-	2 (1,7%)
	Bifásico	10 (8,5%)	1 (0,8%)	-	11 (9,3%)
	Trifásico	94 (79,7%)	10 (8,5%)	-	104 (88,2%)
	Necrótico	1 (0,8%)	0 (0,0%)	-	1 (0,8%)
	Total	107 (90,7%)	11 (9,3%)	-	118 (100,0%)
Predomínio Histológico (2)	Blastematoso	63 (50,8%)	7 (5,7%)	-	70 (56,5%)
	Estromal	20 (16,1%)	3 (2,4%)	-	23 (18,5%)
	Epitelial	26 (21,0%)	1 (0,8%)	-	27 (21,8%)
	Misto	2 (1,6%)	0 (0,0%)	-	2 (1,6%)
	Necrose	2 (1,6%)	0 (0,0%)	-	2 (1,6%)
	Total	113(91,1%)	11 (8,9%)	-	124 (100,0%)
Estadiamento Patológico (3)	I	24 (19,8%)	3 (2,5%)	_	27 22,3%)
	II	53 (43,8%)	4 (3,3%)	-	57 (47,1%)
	III	29 (24,0%)	4 (3,3%)	-	33 (27,3%)
	IV	4 (3,3%)	0 (0,0%)	-	4 (3,3%)
	Total	110 (90,9%)	11 (9,1%)	-	121 (100,0%)
Metástase ao Diagnóstico* (4)	Sim	33 (26,4%)	5 (4,0%)	-	38 (30,4%)
	Não	81 (64,8%)	6 (4,8%)	-	87 (69,6%)
	Total	114 (91,2%)	11 (8,8%)	-	125 (100,0%)
Quimioterapia Pré-	Sim	36 (28,8%)	3 (2,4%)	-	39 (31,2%)
Netrectomia (3)	Não	79 (63,2%)	7 (5,6%)	-	86 (68,8%)
	Total	115 (92,0%)	10 (8,0%)	-	125 (100,0%)
Radioterapia* (6)	Sim	62 (48,8%)	10 (7,9%)	-	72 (56,7%)

A) Características clínicas e patológicas de pacientes tratados conforme protocolo do COG em comparação com a "resposta ao tratamento" (exceto tratamentos desconhecidos, mistos e SIOP)

	Não	54 (42,5%)	1 (0,8%)	-	55 (43,3%)
	Total	116 (91,3%)	11 (8,7%)	-	127 (100,0%)
Tratamento* (7)	EE-4A	53 (41,4%)	1 (0,8%)	-	54 (42,2%)
	DD-4A	64 (50,0%)	10 (7,8%)	-	74 (57,8%)
	Total	117 (91,4%)	11 (8,6%)	-	128 (100,0%)
Óbito* ⁽⁸⁾	Sim	0 (0,0%)	4 (3,1%)	-	4 (3,1%)
	Não	117 (91,4%)	7 (5,5%)	-	124 (96,9%)
	Total	117 (91,4%)	11 (8,6%)	-	128 (100,0%)

Observação: variável "desvio" foi uma constante, pois todos os pacientes analisados nessa categoria foram "sem desvio". * indica p≤0,05.

(1) $X_{(3)}^2 = 0,320$; p= 1,000 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende da classificação histológica (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende da classificação histológica (p≤0,05). (2) $X_{(4)}^2 = 1,887$; p=0,664 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende do predomínio histológico (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende do predomínio histológico (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende do predomínio histológico (p>0,05).

(3) $X_{(3)}^2 = 1,196$; p= 0,764 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende do estadiamento patológico (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende do estadiamento patológico (p≤0,05). (4) $X_{(1)}^2 = 1,292$; p= 0,307 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende da metástase ao diagnóstico (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende da metástase ao diagnóstico (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende da metástase ao diagnóstico (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende da metástase ao diagnóstico (p>0,05).

(5) $X_{(1)}^2 = 0,007$; p= 1,000 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende da quimioterapia pré-nefrectomia (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende da quimioterapia pré-nefrectomia (p≤0,05).

(6) $X_{(1)}^2 = 5,743$; p= 0,023 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, rejeitamos a H0: a resposta não depende da radioterapia (p>0,05), e aceitamos a H1: a resposta depende da radioterapia (p \le 0,05).

(7) $X_{(1)}^2 = 5,405$; p= 0,024 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, rejeitamos a H0: a resposta não depende do tratamento (p>0,05), e aceitamos a H1: a resposta depende do tratamento (p $\leq 0,05$).

(8) $X_{(1)}^2 = 43,918$; p< 0,0001 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, rejeitamos a H0: a resposta não depende do óbito (p>0,05), e aceitamos a H1: a resposta depende do óbito (p≤0,05).

		ÓBITO		
		Não	Sim	Total
Classificação Histológica (1)	Unifásico	2 (1,7%)	0 (0,0%)	2 (1,7%)
	Bifásico	11 (9,3%)	0 (0,0%)	11 (9,3%)
	Trifásico	100 (84,8%)	4 (3,4%)	104 (88,2%)
	Necrótico	1 (0,8%)	0 (0,0%)	1 (0,8%)
	Total	114 (96,6%)	4 (3,4%)	118 (100,0%)
Predomínio Histológico (2)	Blastematoso	68 (54,9%)	2 (1,6%)	70 (56,5%)
	Estromal	22 (17,7%)	1 (0,8%)	23 (18,5%)
	Epitelial	26 (21,0%)	1 (0,8%)	27 (21,8%)
	Misto	2 (1,6%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)
	Necrose	2 (1,6%)	0 (0,0%)	2 (1,6%)
	Total	120 (96,8%)	4 (3,2%)	124 (100,0%)
Estadiamento Patológico (3)	I	26 (21,5%)	1 (0,8%)	27 (22,3%)
	II	56 (46,3%)	1(0,8%)	57 (47,1%)
	III	31 (25,6%)	2(1,7%)	33 (27,3%)
	IV	4 (3,3%)	0 (0,0%)	4 (3,3%)
	Total	117 (96,7%)	4 (3,3%)	121 (100,0%)
Metástase ao Diagnóstico ⁽⁴⁾	Sim	36 (28,8%)	2 (1,6%)	38 (30,4%)
	Não	85 (68,0%)	2 (1,6%)	87 (69,6%)
	Total	121 (96,8%)	4 (3,2%)	125 (100,0%)
Quimioterapia Pré-Nefrectomia (5)	Sim	37 (29,6%)	2 (1,6%)	39 (31,2%)
	Não	84 (67,2%)	2 (1,6%)	86 (68,8%)
	Total	121 (96,8%)	4 (3,2%)	125 (100,0%)
Radioterapia ⁽⁶⁾	Sim	68 (53,6%)	4 (3,1%)	72 (56,7%)
	Não	55 (43,3%)	0 (0,0%)	55 (43,3%)

B) Características clínicas e patológicas de pacientes tratados conforme protocolo do COG em comparação com o "óbito" (exceto tratamentos desconhecidos, mistos e SIOP)

	Total	123 (96,9%)	4 (3,1%)	127 (100,0%)
Tratamento (7)	EE-4A	54 (42,2%)	0 (0,0%)	54 (42,2%)
	DD-4A	70 (54,7%)	4 (3,1%)	74 (57,8%)
	Total	124 (96,9%)	4 (3,1%)	128 (100,0%)

Observação: variável "desvio" foi uma constante, pois todos os pacientes analisados nessa categoria foram "sem desvio".

(1) $X_{(3)}^2 = 0,557$; p= 1,000 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende da classificação histológica (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende da classificação histológica (p $\leq 0,05$).

(2) $X^{2}_{(4)}=0,276$; p=1,000 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende do predomínio histológico (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende do predomínio histológico (p≤0,05).

(3) $X_{(3)}^2 = 1,363$; p= 0,620 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende do estadiamento patológico (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende do estadiamento patológico (p≤0,05).

(4) $X_{(1)}^2 = 0,750$; p= 0,584 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende da metástase ao diagnóstico (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende da metástase ao diagnóstico (p \leq 0,05).

(6) $X_{(1)}^2 = 3,155$; p= 1,333 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende da radioterapia (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende da radioterapia (p≤0,05).

(7) $X_{(1)}^2 = 3,013$; p= 0,138 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende do tratamento (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende do tratamento (p≤0,05).

Resumindo, com relação aos pacientes tratados pelo COG, no que diz respeito à variável "**Resposta**" ao tratamento, o teste exato de Fisher mostrou que não há associação, ou não há dependência entre a variável "**Resposta**" e as seguintes variáveis: "**Metástase ao Diagnóstico**" ($X^{2}_{(1)}$ = 1,292; p= 0,307), "**Classificação Histológica**" ($X^{2}_{(3)}$ = 0,320; p= 1,000), "**Predomínio Histológico**" ($X^{2}_{(4)}$ =1,887; p=0,664), "**Estadiamento Patológico**" ($X^{2}_{(3)}$ = 1,196; p= 0,764) e "**Quimioterapia Pré-Nefrectomia**" ($X^{2}_{(1)}$ = 0,007; p= 1,000). O teste exato de Fisher também mostrou que há associação entre a variável "**Resposta**" e as seguintes variáveis: "**Radioterapia**" ($X^{2}_{(1)}$ = 5,743; p= 0,023) e "**Tratamento**" ($X^{2}_{(1)}$ = 5,405; p= 0,024).

Com relação aos pacientes tratados pelo COG, no que diz respeito à variável "Óbito", o teste exato de Fisher mostrou que não há associação, ou não há dependência entre a variável "Óbito" e as seguintes variáveis: "Classificação Histológica" ($X^{2}_{(3)}$ = 0,557; p= 1,000), "Predomínio Histológico" ($X^{2}_{(4)}$ =0,276; p=1,000), "Estadiamento Patológico" ($X^{2}_{(3)}$ = 1,363; p= 0,620), "Metástase ao Diagnóstico" ($X^{2}_{(1)}$ = 0,750; p= 0,584), "Quimioterapia Pré-Nefrectomia" ($X^{2}_{(1)}$ = 0,680; p= 0,588), "Radioterapia" ($X^{2}_{(1)}$ = 3,155; p= 1,333) e

⁽⁵⁾ $X^{2}_{(1)}= 0,680$; p= 0,588 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende da quimioterapia pré-nefrectomia (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende da quimioterapia pré-nefrectomia (p≤0,05).

"**Tratamento**" (X²₍₁₎= 3,013; p= 0,138).

Já para os pacientes com TW de histologia favorável tratados com protocolo SIOP, observou-se associação significativa entre a variável "**Resposta**" ao tratamento com a variável "**Estadiamento Patológico**" (p=0,048) (**Tabela 6A**). Ao comparar a variável "**Óbito**" não foi observada nenhuma associação significativa entre as variáveis (**Tabela 6B**). As variáveis com valores estatisticamente significativos estão sinalizadas com asterisco (*).

 Tabela 6 - Associação das características qualitativas dos casos com histologia favorável e esporádicos tratados com SIOP.

		RESPOSTA			
		Respondeu	Recaiu	Progrediu	Total
Classificação Histológica ⁽¹⁾	Unifásico	-	-	-	-
	Bifásico	1 (14,2%)	0 (0,0%)	-	1 (14,2%)
	Trifásico	2 (28,6%)	2 (28,6%)	-	4 (57,2%)
	Necrótico	2 (28,6%)	0 (0,0%)	-	2 (28,6%)
	Total	5 (71,4%)	2 (28,6%)	-	7 (100,0%)
Predomínio Histológico ⁽²⁾	Blastematoso	1 (14,3%)	1 (14,3%)	-	2 (28,6%)
	Estromal	1 (14,3%)	0 (0,0%)	-	1 (14,3%)
	Epitelial	2 (28,6%)	0 (0,0%)	-	2 (28,6%)
	Misto	0 (0,0%)	1 (14,3%)	-	1 (14,3%)
	Necrose	1 (14,3%)	0 (0,0%)	-	1 (14,3%)
	Total	5 (71,4%)	2 (28,6%)	-	7 (100,0%)
Estadiamento Patológico ^{* (3)}	I	-	-	-	-
	II	0 (0,0%)	1 (14,3%)	-	1 (14,3%)
	III	5 (71,4%)	0 (0,0%)	-	5 (71,4%)
	IV	0 (0,0%)	1 (14,3%)	-	1 (14,3%)
	Total	5 (71,4%)	2 (28,6%)	-	7 (100,0%)
Metástase ao Diagnóstico ⁽⁴⁾	Sim	3 (42,8%)	2 (28,6%)	-	5 (71,4%)
	Não	2 (28,6%)	0 (0,0%)	-	2 (28,6%)
	Total	5 (71,4%)	2 (28,6%)	-	7 (100,0%)
Radioterapia ⁽⁵⁾	Sim	5 (71,4%)	1 (14,3%)	-	6 (85,7%)
	Não	0 (0,0%)	1 (14,3%)	-	1 (14,3%)
	Total	5 (71,4%)	2 (28,6%)	-	7 (100%)
Tratamento (6)	Stage III	3 (37,5%)	2 (25,0%)	-	5 (62,5%)

A) Características clínicas e patológicas de pacientes tratados conforme protocolo da SIOP em comparação com a "resposta ao tratamento" (exceto tratamentos desconhecidos, mistos e COG)

	Stage IV	2 (25,0%)	1 (12,5%) -	3 (37,5%)
	Total	5 (62,5%)	3 (37,5%) -	8 (100,0%)
Óbito (7)	Sim	5 (71,4%)	1 (14,3%) -	6 (85,7%)
	Não	0 (0,0%)	1 (14,3%) -	1 (14,3%)
	Total	5 (71,4%)	2 (28,6%) -	7 (100,0%)

Observação: não foram analisadas as variáveis "desvio" e "quimioterapia pré-nefrectomia" porque não houve desvio do tratamento e o protocolo estabelece a quimioterapia pré-nefrectomia como parte essencial para crianças maiores do que 6 meses. * indica $p \le 0.05$.

(1) $X_{(2)}^2 = 2,100$; p= 0,619 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende da classificação histológica (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende da classificação histológica (p $\le 0,05$). (2) $X_{(4)}^2 = 4,550$; p= 0,810 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende do predomínio histológico (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende do predomínio histológico (p $\ge 0,05$).

(3) $X^{2}_{(2)}=7,000$; p= 0,048 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, rejeitamos a H0: a resposta não depende do estadiamento patológico (p>0,05), e aceitamos a H1: a resposta depende do estadiamento patológico (p $\le 0,05$). (4) $X^{2}_{(1)}=1,120$; p= 1,000 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende da metástase ao diagnóstico (p $\ge 0,05$), e rejeitamos a H1: a resposta depende da metástase ao diagnóstico (p $\ge 0,05$).

(5) $X_{(1)}^2 = 2,917$; p= 0,286 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende da radioterapia (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende da radioterapia (p \leq 0,05).

(6) $X^{2}_{(1)}=0,036$; p=1,000 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende do tratamento (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende do tratamento (p≤0,05).

(7) $X_{(1)}^2 = 2,917$; p= 0,286 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: a resposta não depende do óbito (p>0,05), e rejeitamos a H1: a resposta depende do óbito (p≤0,05).

		ÓBITO		
		Não	Sim	Total
Classificação Histológica (1)	Unifásico	-	-	-
	Bifásico	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)
	Trifásico	3 (42,8%)	1 (14,3%)	4 (57,1%)
	Necrótico	2 (28,6%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)
	Total	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (100,0%)
Predomínio Histológico ⁽²⁾	Blastematoso	2 (28,6%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)
	Estromal	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)
	Epitelial	2 (28,6%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)
	Misto	0 (0,0%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)
	Necrose	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)
	Total	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (100,0%)
Estadiamento Patológico (3)	I	-	-	-
	II	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)
	III	5 (71,4%)	0 (0,0%)	5 (71,4%)
	IV	0 (0,0%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)
	Total	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (100,0%)
Metástase ao Diagnóstico ⁽⁴⁾	Sim	4 (57,1%)	1 (14,3%)	5 (71,4%)
	Não	2 (28,6%)	0 (0,0%)	2 (28,6%)
	Total	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (100,0%)
Radioterapia ⁽⁵⁾	Sim	5 (71,4%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)
	Não	1 (14,3%)	0 (0,0%)	1 (14,3%)
	Total	6 (85,7%)	1 (14,3%)	7 (100,0%)
Tratamento ⁽⁶⁾	Stage III	4 (57,1%)	0 (0,0%)	4 (57,1%)
	Stage IV	2 (28,6%)	1 (14,3%)	3 (42,9%)

B) Características clínicas e patológicas de pacientes tratados conforme protocolo da SIOP em comparação com o "óbito" (exceto tratamentos desconhecidos, mistos e COG)

(2) $X_{(4)}^2 = 7,000$; p= 0,429 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende do predomínio histológico (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende do predomínio histológico (p $\leq 0,05$).

Resumindo, com relação aos pacientes tratados pela SIOP, no que diz respeito à variável "**Resposta**" ao tratamento, o teste exato de Fisher mostrou que não há associação, ou não há dependência entre a variável "**Resposta**" e as seguintes variáveis: "**Classificação Histológica**" ($X^{2}_{(2)}=2,100$; p= 0,619), "**Predomínio Histológico**" ($X^{2}_{(4)}=4,550$; p= 0,810), "**Metástase ao Diagnóstico**" ($X^{2}_{(1)}=1,120$; p= 1,000), "**Radioterapia**" ($X^{2}_{(1)}=2,917$; p= 0,286), "**Tratamento**" ($X^{2}_{(1)}=0,036$; p=1,000) e "**Óbito**" ($X^{2}_{(1)}=2,917$; p= 0,286). O teste exato de Fisher também mostrou que há associação entre a variável "**Resposta**" e a variável "**Estadiamento Patológico**" ($X^{2}_{(2)}=7,000$; p= 0,048).

Com relação aos pacientes tratados pela SIOP, no que diz respeito à variável "Óbito", o teste exato de Fisher mostrou que não há associação, ou não há dependência entre a variável "Óbito" e as seguintes variáveis: "Classificação Histológica" ($X^{2}_{(2)}=0,875$; p= 1,000), "Predomínio Histológico" ($X^{2}_{(4)}=7,000$; p= 0,429), "Estadiamento Patológico" ($X^{2}_{2}=7,000$; p= 0,286), "Metástase ao Diagnóstico" ($X^{2}_{(1)}=0,467$; p= 1,000), "Radioterapia" ($X^{2}_{(1)}=0,194$; p= 1,000) e "Tratamento" ($X^{2}_{(1)}=1,556$; p=0,429).

Observação: variável "desvio" foi uma constante, pois todos os pacientes analisados nessa categoria foram "sem desvio"; variável "quimioterapia pré-nefrectomia", pois todos os pacientes analisados nessa categoria foram "sem quimioterapia pré-nefrectomia". * indica p≤0,05.

⁽¹⁾ $X^{2}_{(2)}=0.875$; p= 1,000 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende da classificação histológica (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende da classificação histológica (p ≤ 0.05).

⁽³⁾ $X_{(2)}^2 = 7,000$; p= 0,286 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende do estadiamento patológico (p \ge 0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende do estadiamento patológico (p \le 0,05).

⁽⁴⁾ $X_{(1)}^2 = 0,467$; p= 1,000 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende da metástase ao diagnóstico (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende da metástase ao diagnóstico (p $\leq 0,05$).

⁽⁵⁾ $X_{(1)}^2 = 0,194$; p= 1,000 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende da radioterapia (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende da radioterapia (p≤0,05).

⁽⁶⁾ $X_{(1)}^2 = 1,556$; p=0,429 (Teste Exato de Fisher). Ou seja, aceitamos a H0: o óbito não depende do tratamento (p>0,05), e rejeitamos a H1: o óbito depende do tratamento (p≤0,05).
4.1.2 Pacientes diagnosticados com doença bilateral

Os pacientes diagnosticados com TW bilateral, considerados de estadio IV, totalizaram 25 de 186 (13,4% dos casos). Na **Tabela 7** estão listadas as características desses pacientes, resumidamente: IMC adequado (60%), estadiamento patológico I (36%), classificação histológica trifásica (48%), predomínio histológico blastematoso (44%), metástase ao diagnóstico ausente (68%), quimioterapia pré-nefrectomia (68%), protocolo COG (76%), regime COG DD-4A (76%), melhor resposta ao tratamento (76%) e óbito ausente (88%).

Ao nascimento, os bebês pesaram 3.161 g (1.020 a 4.000 g) em média. Ao diagnóstico, as médias foram de 33 meses de idade (8 a 81 meses), 15,104 kg (6,600 a 34,000 kg), 95 cm de altura (70 a 128 cm). Já o produto da nefrectomia pesou 311 g (120 a 800 g) em média.

A - Características dos Pacientes		
	Ν	%
Quantidade	25	100
Sexo		
Feminino	10	40
Masculino	15	60
Cor (autodeclarada)		
Branco	13	52
Pardo	10	40
Negro	1	4
Amarelo	1	4
Peso ao Nascimento (g)		
Média	3.161	-
Idade ao Diagnóstico (meses)		
Média	33,28	-
Peso ao Diagnóstico (g)		
Média	15.104	-
Altura ao Diagnóstico (cm)		
Média	94,88	-
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Baixo IMC para idade (< Percentil 3)	2	8
IMC adequado ou Eutrófico (≥ Percentil 3 e < Percentil 85)	15	60
Sobrepeso (\geq Percentil 85 e < Percentil 97)	6	24
Obesidade (≥ Percentil 97)	1	4
Não informado	1	4

Tabela 7 - Características qualitativas dos casos bilaterais.

B) Características dos Tumores			
Estadiamento Patológico			
	Ι	9	36
	II	5	20
	III	4	16
	IV	1	4
	Não informado	6	24
Peso da Peça Tumoral Total (g)			
	Média	311,15	-
Classificação Histológica			
	Unifásico	1	4
	Bifásico	4	16
	Trifásico	12	48
	Necrótico	1	4
	Não informado	7	28
Predomínio Histológico			
	Blastematoso	11	44
	Estromal	4	16
	Epitelial	3	12
	Necrose	1	4
	Não informado	6	24
Metástase ao Diagnóstico			
-	Sim	3	12
	Não	17	68
	Não informado	5	20

C) Características dos Tratamentos		
Quimioterapia Pré-Nefrectomia		
Sim	17	68
Não	6	24
Não informado	2	8
Radioterapia		
Sim	8	32
Não	15	60
Não informado	2	8
Protocolo		
COG	19	76
SIOP	1	4
Misto	2	8
Não informado	3	12
Regime		
COG (EE-4A)	1	4
COG (DD-4A)	18	72
SIOP (Stage III)	1	4
SIOP (Stage IV)	0	0
Misto	2	8
Nao informado	3	12
Desvio de Tratamento*		
Sim	2	8
Não	21	84
Não informado	2	8
Duração do 1º Esquema de Quimioterapia (dias)		
Média	175	
Resposta		
Respondeu	19	76
Recaiu	2	8
Progrediu	1	4
Não informado	3	12
Óbito		
Sim	3	12
Não	22	88

*Paciente 87 - Iniciou o tratamento com o protocolo DD-4A (de 16/08/2010 a 17/11/2011). Depois, devido à progressão tumoral, mudou para o protocolo ICE (de 26/11/2010 a 16/01/2011 - 3 ciclos). Paciente 92 - Iniciou o tratamento com o protocolo EE-4A (até a 5ª semana). Depois prosseguiu com tratamento

DD-4A (da 6ª semana a 24ª semana). Devido à recidiva renal à direita, foi realizado protocolo ICE (5 ciclos).

4.1.3 Pacientes diagnosticados com tumores de histologia desfavorável

Os pacientes diagnosticados com TW com anaplasia totalizaram 8 de 186 (4,3% dos casos), ou seja, são pacientes com TW com histologia desfavorável.

Na **Tabela 8** estão listadas as características desses pacientes, que apresentaram predomínio das seguintes características: IMC adequado (50%), estadiamento clínico III (62,5%), estadiamento patológico III (62,5%), classificação histológica trifásica (75%), predomínio histológico blastematoso (87,5%), protocolo COG (75%) e regime COG DD-4A (50%).

Ao nascimento, os bebês pesaram 3.084 g (2.385 a 3.590 g) em média. Ao diagnóstico, as médias foram de 59 meses de idade (17 a 128 meses), 17,450 kg (12,400 a 31,300 kg), 107 cm de altura (81 a 153 cm). Já o produto da nefrectomia pesou 561 g (178 a 1.850 g) em média.

A - Características dos Pacientes		
	Ν	%
Quantidade	8	100
Sexo		
Feminino	4	50
Masculino	4	50
Cor (autodeclarada)		
Branco	5	62,5
Pardo	3	37,5
Negro	0	
Amarelo	0	
Não informado	0	
Peso ao Nascimento (g)		
Média	3.084	-
Idade ao Diagnóstico (meses)		
Média	59	-
Peso ao Diagnóstico (g)		
Média	17.450	-
Altura ao Diagnóstico (cm)		
Média	107	-
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Baixo IMC para idade (< Percentil 3)	3	37.5
IMC adequado ou Eutrófico (≥ Percentil 3 e < Percentil 85)	4	50
Sobrepeso (≥ Percentil 85 e < Percentil 97)	0	
Obesidade (≥ Percentil 97)	1	12,5
Não informado	0	
Estadiamento Clínico		
Ι	1	12,5
II	0	,
III	5	62,5
IV	2	25,0

Tabela 8 - Características qualitativas dos casos com histologia desfavorável (anaplasia).

B) Características dos Tumores			
Estadiamento Patológico			
	Ι	1	12,5
	II	1	12,5
	III	5	62,5
	IV	0	
N	ão informado	1	12,5
Peso da Peça Tumoral Total (g)			
	Média	561	-
Lateralidade			
	Direito	4	50
	Esquerdo	4	50
Classificação Histológica			
3 0	Unifásico	0	
	Bifásico	1	12,5
	Trifásico	6	75,0
	Necrótico	0	
N	ão informado	1	12,5
Predomínio Histológico			
	Blastematoso	7	87,5
	Estromal		
	Epitelial	1	12,5
	Misto		
	Necrose		
N	ão informado		
Metástase ao Diagnóstico			
	Sim	4	50
	Não	4	50

Quimioterapia Pré-Nefrectomia Sim 2 25 Não 6 25 75 Radioterapia Sim 7 87,5 Não 1 87,5 Protocolo COG 6 75 Regime COG (EE-4A) 1 12,5 Regime COG (DD-4A) 4 50,0 Regime I 1 12,5 Desvio de Tratamento* Sim 2 25 Resposta Média 147 142,5 Óbito Sim 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5	C) Características dos Tratamentos			
$\begin{tabular}{ c c c c c c c } \hline Sim & 2 & 25 \\ \hline Não & 6 & 75 \\ \hline Radioterapia & & & & & & & \\ \hline Radioterapia & & & & & & \\ \hline Sim & 7 & & 87,5 \\ \hline Não & 1 & & 12,5 \\ \hline Protocolo & & & & & & & \\ \hline COG & 6 & & & & & & & \\ \hline SiOP & 0 & & & & & & & \\ \hline Misto & 2 & & 25 \\ \hline Regime & & & & & & & & \\ \hline Regime & & & & & & & & \\ \hline COG & (EE-4A) & 1 & & 12,5 \\ \hline COG & (DD-4A) & 4 & & 50,0 \\ \hline Regimen I & 1 & & 12,5 \\ \hline Misto & 2 & & 25,0 \\ \hline Desvio de Tratamento* & & & & & \\ \hline Sim & 2 & & 25 \\ \hline Duração do 1º Esquema de Quimioterapia & & & & & \\ \hline Média & 147 & & & \\ \hline Resposta & & & & & & \\ \hline \hline Obito & & & & & & \\ \hline Obito & & & & & & & \\ \hline \end{tabular}$	Quimioterapia Pré-Nefrectomia			
Não 6 75 Radioterapia Sim 7 87,5 Protocolo COG 6 75 Protocolo COG 6 75 Regime COG (EE-4A) 1 12,5 Regime COG (DD-4A) 4 50,0 Regime COG (DD-4A) 4 50,0 Regime I 12,5 Não 2 25 Desvio de Tratamento* Sim 2 25,0 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Resposta Sim 2 25,0 Óbito Sim 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5		Sim	2	25
Radioterapia Sim 7 87,5 Não 1 12,5 Protocolo COG 6 75 SIOP 0 Misto 2 25 Regime COG (EE-4A) 1 12,5 COG (DD-4A) 4 50,0 Regimen I 12,5 Misto 2 25 Sim 2 25,0 Desvio de Tratamento* Sim 2 25,0 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Secaiu 2 25,0 Óbito Sim 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5		Não	6	75
Sim 7 87,5 Não 1 12,5 Protocolo COG 6 75 SIOP 0 Misto 2 25 Regime COG (EE-4A) 1 12,5 COG (DD-4A) 4 50,0 Regime COG (DD-4A) 4 50,0 Regimen I 1 12,5 Desvio de Tratamento* Sim 2 25,0 25,0 1 12,5 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 1 12,5 Óbito Sim 2 25,0 25,0 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 1 12,5 1	Radioterapia			
Não 1 12,5 Protocolo COG 6 75 SIOP 0 Misto 2 25 Regime COG (EE-4A) 1 12,5 COG (DD-4A) 4 50,0 Sim 1 12,5 Misto 2 25,0 Posvio de Tratamento* Sim 2 25,0 Desvio de Tratamento* Sim 2 25 Posto 6 75 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Obito Sim 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5 12,5		Sim	7	87,5
Protocolo COG 6 75 SIOP 0 75 1 25 Regime COG (EE-4A) 1 12,5 1 12,5 COG (DD-4A) 4 50,0 Regimen I 1 12,5 Misto 2 25,0 25,0 1 12,5 Desvio de Tratamento* Sim 2 25,0 Duração do 1° Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 25,0 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5		Não	1	12,5
COG 6 75 SIOP 0 75 Misto 2 25 Regime COG (EE-4A) 1 12,5 COG (DD-4A) 4 50,0 75 Desvio de Tratamento* 1 12,5 1 Desvio de Tratamento* 2 25,0 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta 8 75 Dirogrediu 1 12,5 Óbito 1 12,5 Não 7 87,5	Protocolo			
SIOP 0 Misto 2 25 Regime COG (EE-4A) 1 12,5 COG (DD-4A) 4 50,0 Regimen I 1 12,5 Misto 2 25,0 Desvio de Tratamento* Sim 2 25,0 25,0 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Óbito Sim 1 12,5 12,5 1 12,5		COG	6	75
Misto 2 25 Regime COG (EE-4A) 1 12,5 COG (DD-4A) 4 50,0 Regimen I 1 12,5 Misto 2 25,0		SIOP	0	
Regime COG (EE-4A) 1 12,5 COG (DD-4A) 4 50,0 Regimen I 1 12,5 Misto 2 25,0 Desvio de Tratamento* Sim 2 25 3 6 75 Duração do 1° Esquema de Quimioterapia Média 147 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Óbito Sim 1 12,5 3		Misto	2	25
COG (EE-4A) 1 12,5 COG (DD-4A) 4 50,0 Regimen I 1 12,5 Misto 2 25,0 Desvio de Tratamento* Sim 2 25 Não 6 75 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Resposta 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5	Regime			
COG (DD-4A) 4 50,0 Regimen I 1 12,5 Misto 2 25,0 Desvio de Tratamento* Sim 2 25 Não 6 75 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Resposta Image: Comparison of the sequement of the se	0	COG (EE-4A)	1	12,5
Regimen I 1 12,5 Misto 2 25,0 Desvio de Tratamento* Sim 2 25 Não 6 75 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Óbito Sim 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5		COG (DD-4A)	4	50,0
Misto 2 25,0 Desvio de Tratamento* Sim 2 25 Não 6 75 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5		Regimen I	1	12,5
Desvio de Tratamento* Sim 2 25 Não 6 25 75 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 62,5 25,0 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 12,5		Misto	2	25,0
Sim 2 25 Não 6 75 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5	Desvio de Tratamento*			
Não 6 75 Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5		Sim	2	25
Duração do 1º Esquema de Quimioterapia Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5		Não	6	75
Média 147 Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5	Duração do 1º Esquema de Ouimioterania			
Resposta Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5	Duração do F Esqueina de Quintoterapia	Média	147	
Respondeu 5 62,5 Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5	Perpeta			
Recaiu 2 25,0 Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5	Resposta	Respondeu	5	62.5
Progrediu 1 12,5 Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5		Recaiu	2	25,0
Óbito Sim 1 12,5 Não 7 87,5		Progrediu	1	12,5
Sim 1 12,5 Não 7 87,5	Óbito			
Não 7 87,5		Sim	1	12,5
		Não	7	87,5

*Paciente 54 - Iniciou o tratamento com EE-4A (por 18 semanas) e mudou para DD-4A (por 24 semanas) e Paciente 179 - Iniciou o tratamento com DD-4A (por 7 semanas) e mudou para Regimen I (por 5 a 24 semanas).

4.3 Extração e avaliação do DNA

De todos os casos citados acima, 47 tiveram amostras adequadamente armazenadas no Biobanco do Centro Infantil Boldrini, que foram utilizadas para prosseguir com os experimentos para a validação dos biomarcadores. O DNA foi extraído utilizando o kit comercial Kit GenELUTE Mammalian Genomic DNA Miniprep (Sigma-Aldrich by Merck KGaA, Darmstadt, Alemanha), seguindo o protocolo fornecido pela empresa.

As quantificações das amostras foram realizadas por fluorometria (Qubit 2.0) e por espectrofotometria (Biodrop). A recuperação de DNA variou de 25,6 a 860,0 ng/uL em 100 uL, conforme mostra a **Tabela 9** (Anexos). A avaliação da integridade foi feita por meio da corrida de gel de agarose a 0,8% para todas as amostras conforme a imagem representativa na **Figura 4**.



Figura 4 - Gel de agarose 0,8% de 12 amostras de DNA. O marcador é o ladder de 1 Kb plus (Invitrogen[™]). Na imagem, é possível verificar o ladder na posição do primeiro pocinho do gel e nos demais pocinhos as 12 amostras da corrida.

As amostras apresentadas na **Figura 4**, que são representações de todas as outras amostras, indicam que o DNA estava íntegro e por isso foram utilizadas para os passos seguintes do estudo. Esse procedimento foi adotado para as demais amostras do estudo.

4.4 Avaliação do número de cópias dos potenciais biomarcadores

O número de cópias foi avaliado pela técnica de MLPA em 47 amostras, contudo, três amostras foram excluídas pelos critérios de qualidade conforme instruções do fabricante MRC Holland. Dessas 44, três casos eram bilaterais e um caso teve duas amostras analisadas. Logo, foram analisados 40 casos. A **Figura 5** apresenta uma representação gráfica da corrida de MLPA de uma amostra. Na seção dos **Anexos** – **Quadro 6**, estão presentes todos os painéis gerados pelo Coffalyzer dos 40 casos analisados, dos três rins normais e dos casos excluídos.



Figura 5 - Representação gráfica extraída do Coffalyzer.NET (MRC Holland) da amostra 517/18. Foram avaliadas as regiões cromossômicas 1p, 1q, 2p (*MYCN*), 11p (*WT1*), 16q, 17p (*TP53*) e Xq (*AMER1*), que identificou a perda em 1p, o ganho em 1q e a perda em 11p. Em verde, estão representadas sondas controles que são usadas para estimar o número de cópias dos alvos de interesse. No eixo X estão identificadas as regiões cromossômicas, neste caso, as de interesse são as indicadas na figura. No eixo Y é possível ver a proporção do número de cópias de cada região avaliada, sendo que 0,5 indica 1 cópia (perda), 1 indica 2 cópias (normal), 1,5 indica 3 cópias (ganho). Quanto às linhas vermelha e azul, indicam as fronteiras da normalidade da amostra. As sondas controle do experimento estão presentes na região cinza da imagem.

Para a técnica de MLPA foram utilizados três rins normais como controle (**Tabela 10**).

 Tabela 10 - Amostras de referência utilizadas na técnica de MLPA.

 Amostras
 Oubit (ng/ul)
 Biodron (A 260/280)

Amostras	Qubit (lig/ul)	Diodi op (A200/200)
121/21 2I	74	1.700
161/21 1C	105	1.844
230/21 0B	93	1.692

As amostras avaliadas estão representadas na **Tabela 11**, que também indica se houve alteração do número de cópias em *AMER1* (Xq), 1p, 1q, *MYCN* (2p), *WT1* (11p), 16q e *TP53* (17p). Das 40 amostras analisadas, 20 mostraram alterações. Conforme apresentado na **Tabela 11**, a frequência das alterações do número de cópias nos TWs unilaterais, tanto de histologia favorável quanto com anaplasia, foi: 4 perdas de *AMER1* (Xq), 1 ganho de *AMER1* (Xq), 6 perdas de 1p, 9 ganhos de 1q, 3 ganhos de *MYCN* (2p), 6 perdas de *WT1* (11p), 9 perdas de 16q, 3 perdas de *TP53* (17p) e 1 ganho de *TP53* (17p).

Paciente	Amostra	Xq	1p	1q	2p	11p	16q	17p
1	773/09 - MD/PR/O (Anaplasia)						Р	Р
2	242/19 - MD/R (Anaplasia)			G			Р	
3	013/05 - R/O	Р		G				
4	396/10 - MD/PR/O		Р	G		Р	Р	Р
5	540/09 - R/O		Р	G				
6	517/18 - R		Р	G		Р		
7	045/19 - MD/MT/R	G		G				
8	348/20 T1* - MD/MT/R	Р					Р	
	348/20 T2* - MD/MT/R	Р					Р	

 Tabela 11 - Alterações de número de cópias dos potenciais biomarcadores selecionados para TWs avaliados por MLPA em amostras selecionadas.

9	433/18 - MD		Р			Р	Р	
10	583/17 - MT/R						Р	Р
11	247/17 - MD					Р		
12	154/11 - MD				G		Р	
13	546/05 - MD				G			
14	218/05 - MD						Р	
15	171/05 - MD							
16	488/09 A		Р	G				
17	037/06					Р		
18	119/18		Р	G		Р		
19	328/17				G			
20	427/06	Р		G				G
21	047/20 H - MT/R							
22	484/19 - MD							
23	512/19							
24	554/19 - MD							
25	064/20 H							
26	249/20							
27	082/19 - MD							
28	242/09							
29	105/09							
30	742/07							
31	434/07							
32	757/06							
33	694/09							
34	214/17							
35	279/14 - MD/MT/PR/O							
36	239/11							
37	322/17							
38	269/17 - MD							
39	422/18							
40	202/18							
	Total	4P/1G	6P	9G	3G	6P	9P	3P/1G

Legenda: P = perda, G = ganho, MT = metástase durante o tratamento, MD = metástase ao diagnóstico, O = óbito, R = Recaída, PR = Progressão. A amostra 348 teve duas regiões avaliadas do tumor: 348/20-T1 e

Além das 40 amostras, 3 amostras de tumores bilaterais também foram analisadas, em que: 541/19 – paciente que respondeu ao tratamento e apresentou perda em *AMER1* (Xq), 831/09 – paciente com recaída apresentou ganho em *MYCN* (2p) e 208/18 – paciente com metástase durante o tratamento que apresentou ganho em 1p e perda em 16q.

Das 40 amostras de TWs esporádicos e histologia favorável analisadas por MLPA, 8 não atingiram os critérios de qualidade para o experimento (**Anexos – Quadro 6**), ou seja, apresentaram discordância entre as sondas que avaliaram a mesma região genômica, em que algumas estavam dentro do limiar e uma ou outra estava abaixo da linha vermelha ou acima da linha azul (essas linhas indicam as fronteiras da normalidade da amostra); além das sondas controle do experimento, que ficam na região cinza da imagem, também discordarem entre si (**Figura 6**).



Figura 6 - Representação gráfica extraída do Coffalyzer.NET (MRC Holland) da amostra 013/05. Nesse caso, não é possível, por exemplo, inferir sobre a perda em 17p (*TP53*).

Então, para confirmar se houve alteração ou não no biomarcador estudo, essas 8 amostras foram analisadas por qPCR: 5 foram avaliadas em 1q, 2 em *MYCN* (2p), 1 em *WT1* (11p), 2 em *TP53* (17p) (**Tabela 12**). Apenas uma amostra reavaliada em 1q apresentou ganho, as demais não apresentaram alteração para os biomarcadores estudados.

 Tabela 12 - Alterações de número de cópias dos potenciais biomarcadores selecionados para TWs avaliados por MLPA e qPCR em amostras selecionadas.

Amostra	Xq	1p	1q	2p	11p	16q	17p	Confirmação qPCR
013/05 - R/O	Р		G					Sem alterações 17p
396/10 - MD/PR/O		Р	G		Р	Р	Р	Ganho 1q
171/05 - MD								Sem alterações 1q
488/09 A		Р	G					Sem alterações 11p
037/06					Р			Sem alterações 17p
047/20 H - MT/R								Sem alterações 1q e 2p
348/20 T1 - MD/MT/R	Р					Р		Sem alterações 1q
773/09 - MD/PR/O (Anaplasia)						Р	Р	Sem alterações 1q e 2p

Legenda: P = perda, G = ganho, MT = metástase durante o tratamento, MD = metástase ao diagnóstico, O = óbito, R = Recaída.

Abaixo está a representação gráfica (**Figura 7**), dos casos avaliados por meio da qPCR (além de MLPA), em que é possível detectar apenas alteração na amostra 396, que apresentou ganho em 1q. As demais amostras foram consideradas normais.

PCR quantitativa



Figura 7 - Representação extraída do programa CopyCaller® v2.1 (Applied Biosystems®, Thermo Fisher). A imagem mostra as oito amostras que foram avaliadas para alteração do número de cópias. As regiões que foram avaliadas neste experimento foram 1q (azul), e *TP53* (verde), *MYCN* (rosa) e *WT1* (laranja). O eixo Y indica o número de cópias da região avaliada, enquanto o eixo X indica as amostras dos pacientes e a água. As amostras 47 e 773 foram avaliadas em duas regiões.

Em resumo, as alterações consideradas verdadeiras são aquelas que foram identificadas por MLPA e no caso de dúvida, foram confirmadas por qPCR. Amostras discordantes entre os dois experimentos foram consideradas negativas uma vez que o MLPA é a técnica de escolha pelos estudos clínicos em TWs para avaliação do número de cópias.

Parte desses dados foram usados no artigo "Somatic Copy Number Alteration in Circulating Tumor DNA for Monitoring of Pediatric Patients with Cancer", publicado na *Biomedicines* em 2023 (Anexos).

4.5 Comparação entre informações clínico-patológicas e moleculares

Após a obtenção dos dados moleculares, procedeu-se para a comparação entre as características clínico-patológicas (**Tabela 13**) e os achados moleculares.

	Variáveis contínuas	Média	Mediana	
	Idade ao diagnóstico (n = 40, em meses)	46,83 (2-304)	38	
	Peso ao nascer (n = 34 , em gramas)	3083,44 (720-3950)	3.102,50	
	Peso ao diagnóstico (n = 38, em gramas)	16900,13 (6400-68000)	14.350	
	Altura (n = 37, em centímetros)	100,89 (63-170)	99,00	
	IMC (n = 36)	15,62 (11-28)	14,97	
	Peso da peça tumoral (n = 35, em gramas)	591,80 (200-1720)	530,00	
	Variáveis categóricas	Frequência	Porcentagem (%)	
Resposta (40)	Respondeu	29	72,5	
	Recaiu	8	20,0	
	Progrediu	3	7,5	
Óbito (40)	Sim	5	12,5	
	Não	35	87,5	
Cor (autodoslarodo)	Branco	26	68,4	
(autodeciarada) (38)	Pardo	9	23,7	
	Preto	2	5,3	
	Amarelo	1	2,6	
Sexo (40)	Feminino	20	50,0	
	Masculino	20	50,0	
Lateralidade (40)	Direita	21	52,5	
	Esquerda	19	47,5	

Tabela 13 - Características clínicas e patológicas dos 40 pacientes.

Estadiamento	Ι	8	20,5
Clinico (39)	П	10	25,6
	III	9	23,1
	IV	12	30,8
Estadiamento	Ι	7	18,4
Patologico (38)	II	14	36,8
	III	16	42,1
	IV	1	2,6
Metástase ao	Sim	16	40,0
Diagnostico (39)	Não	24	60,0
Predomínio	Blastematoso	25	64,1
Histologico (39)	Estromal	6	15,4
	Epitelial	6	15,4
	Misto	1	2,6
	Necrose	1	2,6
Classificação	Unifásico	-	-
Histologica (38)	Bifásico	6	15,8
	Trifásico	31	81,6
	Necrótico	1	2,6
Anaplasia (38)	Sim	2	5,3
	Não	36	94,7
Pré-	Sim	9	23,1
Quimioterapia (39)	Não	30	76,9
Radioterapia	Sim	23	57,5
(40)	Não	17	42,5
Desvio de	Sim	3	7,7
Tratamento (39)	Não	36	92,3
Tratamento (38)	EE-4A	14	36,8

DD-4A	18	47,4
Regimen I	1	2,6
Stage IV	2	5,3
Misto	3	7,9

Observação: entre parênteses, estão mostrados o número de pacientes avaliados para cada parâmetro.

Com relação às variáveis contínuas, a **Tabela 13** mostra os valores em média e mediana, bem como o menor e o maior valor de cada uma delas. Ao nascimento, os bebês pesaram 3.083 g (720 - 3.950 g) em média. Ao diagnóstico, as médias foram de 47 meses de idade (2 a 304 meses), 16,900 kg (6,400 a 68,000), 101 cm de altura (63 a 170 cm) e o IMC foi de 15,62 (11 a 28). Já o produto da nefrectomia pesou 592 g (200 a 1.720 g) em média.

Com relação às variáveis categóricas, a **Tabela 13** mostra o predomínio das seguintes características: respondeu ao tratamento (72,5%), óbito ausente (87,5%) estadiamento clínico IV (30,8%), estadiamento patológico III (42,1%), metástase ao diagnóstico ausente (60,0%), predomínio histológico blastematoso (64,1%), classificação histológica trifásica (81,6%), anaplasia ausente (94,7%), realização de pré-quimioterapia ausente (76,9%), radioterapia presente (57,5%), desvio de tratamento ausente (92,3) e protocolo COG DD-4A (47,4%).

Com relação aos achados moleculares, a **Tabela 14** mostra a quantidade de alterações em cada um dos sete biomarcadores avaliados neste estudo.

Cromossomo	Sem alterações	Perdeu	Ganhou
Xq	36	3	1
1p	34	6	-
1q	31	-	9
2р	37	-	3
11p	34	6	-
16q	32	8	-
17p	36	3	1

Tabela 14 - Número de alterações encontradas nos 40 tumores avaliados.

Analisando a **Tabela 14**, as regiões cromossômicas que apresentaram perdas foram: Xq (n = 3), 1p (n = 6), 11p (n = 6), 16q (n = 8) e 17p n = (3); e as regiões que apresentaram ganhos foram: Xq (n = 1), 1q (n = 9), 2p (n = 3) e 17p (n = 1).

Utilizando o programa Origin (OriginLab Corporation, Microsoft Windows, 2022), foram produzidos quatro gráficos relacionando as quatro características patológicas (resposta, óbito, histologia e estadiamento) e as alterações do número de cópias dos sete biomarcadores (*AMER1*, 1p, 1q, *MYCN*, *WT1*, 16q e *TP53*).

Na **Figura 8** é mostrada a variável **óbito (óbito ou não óbito)** em comparação com os biomarcadores e a perda ou o ganho de números de cópias com relação ao número de 40 pacientes.

Dos 40 pacientes analisados, 5 apresentaram óbito, sendo que 4 apresentaram alguma alteração em pelo menos um dos biomarcadores analisados. Retomando a **Tabela 11**, é possível corroborar que esses pacientes foram:

- 1) Paciente 773/09 (MD/PR/O Anaplasia) com perda em 16q e 17p (TP53)
- 2) Paciente 013/05 (R/O) com perda em Xq (AMER1) e ganho em 1q
- 3) Paciente 396/10 (MD/PR/O) com perda 1p, 11p, 16q e 17p; e ganho em 1q
- 4) Paciente 540/09 (R/O) com perda em 1 p e ganho em 1q.

Contudo, um paciente que foi a óbito não apresentou nenhuma alteração nos biomarcadores: 279/14 MD/MT/PR/O.



Figura 8 - Comparação entre o óbito ou não óbito, os biomarcadores e o ganho ou a perda do número de cópias, com relação a 40 pacientes. No eixo X, estão especificadas as variáveis óbito e não óbito. No eixo Y à esquerda, está especificado o número de indivíduos (total de 40 indivíduos analisados), e à direita, está especificado o tipo de biomarcador. A cor laranja representa o ganho do número de cópias e a cor azul representa a perda do número de cópias.

Na **Figura 9** é mostrada a variável **resposta (respondeu, recaiu ou progrediu)** em comparação com os biomarcadores e a perda ou o ganho de números de cópias. É possível verificar o predomínio do ganho de 1q em 5 pacientes com recaída.



Figura 9 - Comparação entre as respostas ao tratamento, os biomarcadores e o ganho ou a perda do número de cópias. No eixo X, estão especificadas as variáveis respondeu, recaiu e progrediu. No eixo Y à esquerda, está especificado o número de indivíduos (total de 40 indivíduos analisados), e à direita, está especificado o tipo de biomarcador. A cor laranja representa o ganho do número de cópias e a cor azul representa a perda do número de cópias.

Na **Figura 10** é mostrada a variável **estadiamento (I, II, III ou IV)** em comparação com os biomarcadores e a perda ou o ganho de números de cópias. É possível verificar o predomínio de III no ganho de 1q (5/40) e perda de 16q (4/40).



Figura 10 - Comparação entre os estadiamentos patológicos, os biomarcadores e o ganho ou a perda do número de cópias. No eixo X, estão especificadas as variáveis I, II, III e IV. No eixo Y à esquerda, está especificado o número de indivíduos (total de 40 indivíduos analisados), e à direita, está especificado o tipo de biomarcador. A cor laranja representa o ganho do número de cópias e a cor azul representa a perda do número de cópias.

Misto, Regressivo e Anaplasia difusa) em comparação com os biomarcadores e a perda ou o ganho de números de cópias. É possível verificar o predomínio de blastematoso no ganho de 1q (5/40) e de estromal na perda de 16q (3/40).



Figura 11 - Comparação entre os tipos histológicos, os biomarcadores e o ganho ou a perda do número de cópias. No eixo X, estão especificadas as variáveis blastematoso, estromal, epitelial, misto, regressivo, anaplasia difusa. No eixo Y à esquerda, está especificado o número de indivíduos (total de 40 indivíduos analisados), e à direita, está especificado o tipo de biomarcador. A cor laranja representa o ganho do número de cópias e a cor azul representa a perda do número de cópias.

Para prosseguir as análises, foram realizados os testes de normalidade, ou seja, para determinar se as amostras seguiram uma distribuição normal. Considerando o Teste de Shapiro-Wilk mais adequado para grupos amostrais inferiores a 50, consideramos que a maior parte dos dados seguem uma distribuição não normal. Por esta razão, foram utilizados testes não paramétricos para as comparações que se seguem.

Considerando as hipóteses do teste de normalidade (H0: distribuição da amostra = distribuição normal e H1: distribuição da amostra \neq distribuição normal), quando p>0,05, os dados têm uma distribuição normal, e quando p<0,05 os dados têm uma distribuição não normal. Logo, quatro características têm o p<0,05, apresentados na **Tabela 15** na coluna "Significância": Tempo do 1º esquema quimioterápico, peso ao nascer, IMC e peso da peça tumoral. Por isso, os dados foram considerados não normais.

Características	Estatística	Grau de Liberdade	Significância
Tempo do 1º esquema quimioterápico	0,624	26	<0,001
Idade ao diagnóstico	0,969	26	0,595
Peso ao nascer	0,861	26	0,002
Peso ao diagnóstico	0,973	26	0,702
Altura	0,976	26	0,773
IMC	0,858	26	0,002
Peso da peça tumoral	0,817	26	<0,001

Tabela 15 - Teste de normalidade das variáveis contínuas dos 40 pacientes.

A **Tabela 16** contém a comparação entre as características moleculares comparadas com a variável "resposta ao tratamento". A **Tabela 17** contém a comparação das características moleculares comparadas com a variável "óbito". As variáveis com valores estatisticamente significativos estão sinalizadas com asterisco (*).

		Respondeu	Recaiu	Progrediu	Total
Xq ⁽¹⁾	Sem alterações	28 (70,0%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	36 (90,0%)
_	Perda	1 (2,5%)	2 (5,0%)	0 (0,0%)	3 (7,5%)
_	Ganho	0 (0,0%)	1 (2,5%)	0 (0,0%)	1 (2,5%)
	Total	29 (72,5%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	40 (100,0%)
1p ⁽²⁾	Sem alterações	26 (65,0%)	6 (15,0%)	2 (5,0%)	34 (85,0%)
	Perda	3 (7,5%)	2 (5,0%)	1 (2,5%)	6 (15,0%)
	Ganho	-	-	-	-
	Total	29 (72,5%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	40 (100,0%)
1q* ⁽³⁾	Sem alterações	26 (65%)	3 (7,5%)	2 (5,0%)	31 (77,5%)
	Perda	-	-	-	-
_	Ganho	3 (7,5%)	5 (12,5%)	1 (2,5%)	9 (22,5%)
	Total	29 (72,5%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	40 (100,0%)
$2p^4$	Sem alterações	26 (65,0%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	37 (92,5%)
	Perda	-	-	-	-
	Ganho	3 (7,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (7,5%)
	Total	29 (72,5%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	40 (100,0%)
11p ⁵	Sem alterações	25 (62,5%)	7 (17,5%)	2 (5,0%)	34 (85,0%)
	Perda	4 (10,0%)	1 (2,5%)	1 (2,5%)	6 (15,0%)
	Ganho	-	-	-	-
	Total	29 (72,5%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	40 (100,0%)
16q* ⁽⁶⁾	Sem alterações	26 (65,0%)	5 (12,5%)	1 (2,5%)	32 (80,0%)
_	Perda	3 (7,5%)	3 (7,5%)	2 (5,0%)	8 (20,0%)
-	Ganho	-	-	-	-
-	Total	29 (72,5%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	40 (100,0%)

Tabela 16 - Comparação de características moleculares com a variável "resposta ao tratamento".

17p* ⁽⁷⁾	Sem alterações	28 (70,0%)	7 (17,5%)	1 (2,5%)	36 (90,0%)
	Perda	0 (0,0%)	1 (2,5%)	2 (5,0%)	3 (7,5%)
	Ganho	1 (2,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,5%)
	Total	29 (72,5%)	8 (20,0%)	3 (7,5%)	40 (100,0%)

 $^{1)}X^{2}_{(4)}\!\!=\!\!8,\!970;\,p\!=\!\!0,\!069$ (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,335

 $^{2)}X^{2}_{(2)}=1,911; p=0,214$ (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,219

³⁾ X²₍₂₎=10,000; p=0,006 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,500 (estatisticamente significativo)

⁴⁾ X²₍₂₎=1,230; p=1,000 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,175

⁵⁾ X²₍₂₎=0,863; p=0,579 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,147

⁶⁾ X²₍₂₎=7,304; p=0,019 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,427 (estatisticamente significativo)

⁷⁾ $X^{2}_{(4)}=18,038$; p=0,008 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,475 (estatisticamente significativo)

Os testes exato de Fisher mostraram associação significativa entre a variável "resposta" com as seguintes variáveis moleculares: com o 1q ($X^{2}_{(2)}=10,000$; p=0,006 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,500), com o 16q ($X^{2}_{(2)}=7,304$; p=0,019 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,427) e com o 17p ($X^{2}_{(4)}=18,038$; p=0,008 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,475).

		ÓBI	ÓBITO			
		Não	Sim	Total		
Xq^1	Sem alterações	32 (80,0%)	4 (10,0%)	36 (90,0%)		
	Perda	2 (5,0%)	1 (2,5%)	3 (7,5%)		
	Ganho	1 (2,5%)	0 (0,0%)	1 (2,5%)		
	Total	35 (87,2%)	5 (12,5%)	40 (100,0%)		
1p ²	Sem alterações	31 (77,5%)	3 (7,5%)	34 (85,0%)		
_	Perda	4 (10,0%)	2 (5,0%)	6 (15,0%)		
	Ganho	-	-	_		
	Total	35 (87,5%)	5 (12,5%)	40 (100,0%)		
1q ³	Sem alterações	29 (72,5%)	2 (5,0%)	31 (77,5%)		
_	Perda	-	-	-		
	Ganho	6 (15,0%)	3 (7,5%)	9 (22,5%)		
_	Total	35 (87,2%)	5 (12,5%)	40 (100,0%)		
$2p^4$	Sem alterações	32 (80,0%)	5 (12,5%)	37 (92,5%)		
_	Perda	-	-	-		
_	Ganho	3 (7,5%)	0 (0,0%)	3 (7,5%)		
	Total	35 (87,5%)	5 (12,5%)	40 (100,0%)		
11p ⁵	Sem alterações	30 (75,0%)	4 (10,0%)	34 (85,0%)		
_	Perda	5 (12,5%)	1 (2,5%)	6 (15,0%)		
_	Ganho	-	-	-		
	Total	35 (87,5%)	5 (12,5%)	40 (100,0%)		
16q ⁶	Sem alterações	29 (72,5%)	3 (7,5%)	32 (80,0%)		
-	Perda	6 (15,0%)	2 (5,0%)	8 (20,0%)		
-	Ganho	-	-	-		
-	Total	35 (87,5%)	5 (12,5%)	40 (100,0%)		

Tabela 17 - Comparação de características moleculares com a variável "óbito".

17p ⁷	Sem alterações	33 (82,5%)	3 (7,5%)	36 (90,0%)
	Perda	1 (2,5%)	2 (5,0%)	3 (7,5%)
	Ganho	1 (2,5%)	0 (0,0%)	1 (2,5%)
	Total	35 (87,5%)	5 (12,5%)	40 (100,0%)

¹⁾ $X_{(2)}^{2}=1,397$; p=0,427 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,187 ²⁾ $X_{(1)}^{2}=2,801$; p=0,154 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,265 ³⁾ $X_{(1)}^{2}=4,608$; p=0,065 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,339 ⁴⁾ $X_{(1)}^{2}=0,463$; p=1,000 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,108 ⁵⁾ $X_{(1)}^{2}=0,112$; p=1,000 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,053 ⁶⁾ $X_{(1)}^{2}=1,429$; p=0,257 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,189

 $^{7)} X^{2}_{(2)} = 8,762; p=0,069$ (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,468

Os testes Exato de Fisher não mostraram nenhuma associação significativa entre a variável "óbito" com as variáveis moleculares.

Levando em consideração que os testes de hipóteses mostram se há ou não associação entre duas variáveis, mas não quantifica a força da associação, foi realizado a análise multivariada das características que foram associadas. Contudo, os pressupostos dos testes não foram atendidos devido ao baixo número de amostras avaliadas.

4.6 Avaliação de amostras armazenadas em parafina

Dos casos de TWs armazenados em parafina, foram selecionados aqueles com predomínio de componente blastematoso. Para controle do estudo, foram registrados a porcentagem aproximada de componentes de cada um dos blocos selecionados, através da leitura das lâminas de cada um deles (**Tabela 18**).

Paciente	Lâmina	% Blastemal	% Epitelial	% Estromal	% Necrose	Observações
5	12	0%	5%	95%		

Tabela 18 - Casos selecionados para o estudo.

22	J	70%	20%	10%		
27	11	95%	0%	0%		5% fibrose
37	A1	0%	85%	5%		Tumor representa 90% da lâmina
38	9	70%	15%	15%		
45	10	90%				10% de rim normal presente
46	А	5%	0%	70%	25%	
53	5	10%	80%	10%		
60	А	70%	0%	10%	20%	
61	3					Não tem componente blastematosol
63	13	0%	15%	25%	Muito necrótico	Tumor representa 40% da lâmina
67	4B	90%	5%	5%		
71	9	70%	10%	20%		
72	5	15%	50%	35%		
78	8	95%	2%	3%		
82	Κ	80%	15%	5%		
86	3	40%	20%	20%	20%	
91	7	95%	0%	5%		
106	13	80%	10%	10%		
107	S/N	40%	10%	50%		
108	7	20%	70%	10%		
109	12	80%	0%	20%		
113	?					
118	14	0%	10%	90%		
119	17	90%	5%	5%		
120	8C	40%	30%	30%		

127	8	90%	5%	5%		
129	6	2%	95%	3%		
134	7	0%	5%	0%	95%	
139	T3	85%	5%	0%	10%	
145	5	10%	85%	5%		
146	9	90%	0%	10%		
152	Н	90%	0%	10%		
156	S/N	90%	0%	10%		
163	5	90%	0%	10%		
165	TU	90%	0%	10%		
166	С	5%	0%	0%	95%	
172	S/N	90%				
175	16	80%	10%	10%		
177	6	95%	3%	2%		
179	8	95%	5%	0%		Tumor representa 40% da lâmina
181	1J	60%	0%	40%		
182	14	40%	40%	10%		10% fibrose
187	G5ul	100%	0%	0%		

Observação: foram selecionadas amostras de tecido renal normal adjacente ao tumor de alguns casos.

Após obtidas as concentrações satisfatórias de DNA das amostras de TW parafinadas (acima de 10 ng/ul), o produto da PCR foi verificado em gel de agarose (2%) em TBE (1X), que mostrou a boa integridade do DNA, uma vez que pelo menos 1 das quatro bandas apareceram no gel (**Figura 12**).



Figura 12 - Gel de agarose (2%) de 20 amostras de DNA extraídas de tumores em blocos de parafina. O marcador é o ladder de 1 Kb plus (InvitrogenTM). Na imagem, é possível verificar o ladder (L) na posição do primeiro pocinho do gel (lado esquerdo) e nos demais pocinhos, as amostras de DNA extraídas de tumores emblocados em parafina. É possível verificar que há amostras com 100, 200 e até 300 pb.

Após a otimização das extrações de amostras em parafina, as amostras de DNA que amplificaram pelo menos a banda de 100 pb foram submetidas em qPCR no sistema SDS 7500 Fast. Algumas das amostras armazenadas em material parafinado, também estavam armazenadas em material congelado. Desse modo, foi possível comparar os resultados obtidos de ambos, que mostrou uma discordância entre os números de cópias identificados por qPCR, indicando que, para esses experimentos, não é possível usar o material parafinado e, portanto, não foi possível expandir o estudo para todas as amostras retrospectivas da instituição.

5 DISCUSSÃO

Este foi um estudo de avaliação de pacientes diagnosticados com TW em um período de 15 anos de uma única instituição, incluindo o perfil de número de cópias de biomarcadores que estão sendo testados prospectivamente por ensaios clínicos internacionais. Para tanto, este estudo validou alterações moleculares em Xq (*WTX*), 1p, 1q, 2p (*MYCN*), 11p (*WT1*), 16q e 17p (*TP53*) em pacientes atendidos no Centro Infantil Boldrini de 2005 a 2020. Para aumentar a coorte estudada, testamos os experimentos em material de parafina, contudo, devido à qualidade das amostras, os resultados obtidos foram descartados.

Com relação aos dados descritivos, dos 186 pacientes diagnosticados com TW unilateral e sem anaplasia totalizaram 153 de 186 (82,3% dos casos), com 74,5% de classificação histológica trifásica, conforme apresentado na literatura o TW tem uma morfologia heterogênea, apresentando três componentes histológicos principais: blastematoso, epitelial e estromal (BECKWITH *et al.*, 1990), embora nem todos os tumores sejam trifásicos (LI *et al.*, 2002). Esses pacientes tiveram melhor resposta ao tratamento (81%), sem recaída ou óbito (88,9%), também corroborando com a literatura, em que a sobrevida em cinco anos é superior a 90% para crianças em qualquer estadiamento da doença com histologia favorável que recebem tratamento adequado (IRTAN, EHRLICH, PRITCHARD-JONES, 2016).

Ao verificar todos os pacientes com histologia favorável tratados com protocolo COG, o teste exato de Fisher mostrou que não há associação, ou não há dependência entre a variável resposta e as seguintes variáveis: classificação histológica ($X^{2}_{(3)}=0,320$; p= 1,000), predomínio histológico ($X^{2}_{(4)}=1,887$; p=0,664), estadiamento patológico ($X^{2}_{(3)}=1,196$; p= 0,764), metástase ao diagnóstico ($X^{2}_{(1)}=1,292$; p= 0,307) e quimioterapia pré-nefrectomia ($X^{2}_{(1)}=0,007$; p= 1,000). O teste exato de Fisher também mostrou que há associação entre a variável resposta e as seguintes variáveis: radioterapia ($X^{2}_{(1)}=5,743$; p= 0,023) e tratamento ($X^{2}_{(1)}=5,405$; p= 0,024). Já é reconhecido que ambos os protocolos, COG e SIOP, atingem a mesma eficiência de tratamento (IRTAN, EHRLICH, PRITCHARD-JONES, 2016). O

Em contrapartida, o teste exato de Fisher mostrou que não há associação, ou não há dependência entre a variável óbito e as seguintes variáveis: classificação histológica ($X^{2}_{(3)}$ = 0,557; p= 1,000), predomínio histológico ($X^{2}_{(4)}$ =0,276; p=1,000), estadiamento patológico ($X^{2}_{(3)}$ = 1,363; p= 0,620), metástase ao diagnóstico ($X^{2}_{(1)}$ = 0,750; p= 0,584), quimioterapia pré-nefrectomia ($X^{2}_{(1)}$ = 0,680; p= 0,588), radioterapia ($X^{2}_{(1)}$ = 3,155; p= 1,333) e tratamento ($X^{2}_{(1)}$ = 3,013; p= 0,138).

Já para os pacientes com TW de histologia favorável tratados com protocolo SIOP, o teste exato de Fisher mostrou que não há associação, ou não há dependência entre a variável resposta e as seguintes variáveis: classificação histológica ($X^2_{(2)}$ = 2,100; p= 0,619), predomínio histológico ($X^2_{(4)}$ = 4,550; p= 0,810), metástase ao diagnóstico ($X^2_{(1)}$ = 1,120; p= 1,000), radioterapia ($X^2_{(1)}$ = 2,917; p= 0,286), tratamento ($X^2_{(1)}$ = 0,036; p=1,000) e óbito ($X^2_{(1)}$ = 2,917; p= 0,286). O teste exato de Fisher também mostrou que há associação entre a variável resposta e a variável estadiamento patológico ($X^2_{(2)}$ = 7,000; p= 0,048). O tratamento quimioterápico realizado previamente à nefrectomia tem um impacto direto no estadiamento e na composição histológica dos tumores, como diminuir a quantidade de células blastomatosas, uma vez que essas células são melhores respondedoras ao tratamento quimioterápico (GRAF, TOURNADE, DE KRAKER, 2000), similar ao que foi encontrado neste estudo.

O teste exato de Fisher mostrou que não há associação, ou não há dependência entre a variável óbito e as seguintes variáveis: classificação histológica ($X^{2}_{(2)}=0,875$; p= 1,000), predomínio histológico ($X^{2}_{(4)}=7,000$; p= 0,429), estadiamento patológico ($X^{2}_{2}=7,000$; p= 0,286), metástase ao diagnóstico ($X^{2}_{(1)}=0,467$; p= 1,000), radioterapia ($X^{2}_{(1)}=0,194$; p= 1,000) e tratamento ($X^{2}_{(1)}=1,556$; p=0,429).

O estudo também identificou pacientes diagnosticados com TW bilateral, que totalizaram 25 de 186 (13,4% dos casos), e pacientes diagnosticados com TW com anaplasia, que totalizaram 8 de 186 (4,3% dos casos), se aproximando com achados da literatura, que relata anaplasia em 5% a 10% dos TWs (ZUPPAN, BECKWITH, LUCKEY, 1988). A idade
dos pacientes com tumores unilaterais foi de 48 meses, comparado com 33 meses dos pacientes com doença bilateral. A literatura aponta que a doença apresenta um pico de incidência entre o 2° (24 meses) e o 3° ano (36 meses) de vida, sendo que a maioria das crianças (75%) desenvolve o TW entre 1 (12 meses) e 5 (60 meses) anos de idade (BRESLOW *et al.*, 1993; BALIS *et al.*, 2021).

Dos 186 casos para as análises descritivas, 40 casos foram estudados com relação às alterações genéticas. Analisando a literatura, a alteração genética mais comum presente em pacientes com TW é o ganho de 1q, encontrado em aproximadamente 25% dos TWs e é encontrada em 40% dos pacientes que apresentam recaída (DOME *et al.*, 2013, CHAGTAI *et al.*, 2016). Atualmente, o ganho de 1q é um marcador prognóstico independente de recorrência em pacientes com TW, tanto tratados pelo protocolo COG quanto SIOP, já que TWs com ganho de 1q parecem ser mais agressivos e têm maior potencial metastático, uma vez que a prevalência de ganho de 1q é maior entre os TWs de estadiamentos mais avançados (CHAGTAI *et al.*, 2016). Por esta razão, vem sendo considerado um biomarcador relevante para TW e está sendo testado tanto pelo COG quanto pela SIOP nos estudos clínicos prospectivos.

O ganho de 1q também foi a alteração mais frequente entre os pacientes avaliados neste estudo, 9/40 (22,5%) dos quais 3 pacientes apresentaram recidiva da doença e 3 pacientes foram a óbito. Neste estudo foi identificada associação significativa entre a resposta ao tratamento e *status* de 1q ($X^{2}_{(2)}$ =10,000; p=0,006 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,500), corroborando com os achados da literatura (HING *et al.*, 2001; LU *et al.*, 2002, WILLIAMS *et al.*, 2004; NATRAJAN *et al.*, 2006a; NATRAJAN *et al.*, 2006b; GRATIAS *et al.*, 2013; CHAGTAI *et al.*, 2016).

A segunda alteração mais frequente neste estudo foi a LOH de 16q 8/40 (20%) dos casos apresentaram LOH 16q, sendo que a resposta ao tratamento foi significativamente associada com o 16q, $X^2_{(2)}=7,304$; p=0,019 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,427. A terceira alteração mais frequente neste estudo foi a perda de 1p, presente em 6/40 (15%) dos casos, contudo, não foi encontrada associação significativa dessa variável com nenhuma outra do estudo. Também identificamos apenas um caso com perda concomitante de 1p e 16q, paciente que apresentou metástase e foi a óbito.

A LOH de 1p e 16q já foi avaliada pelo COG, incluindo a LOH de apenas 1p e apenas 16q, bem como LOH combinado de 1p e 16q em pacientes com TW (GRUNDY *et al.*, 2005, GRATIAS *et al.*, 2016). A literatura mostra que LOH 1p e 16q apareceram significativamente associados ao ganho de 1q, no entanto, na presença de ganho de 1q, a LOH de 16q e 1p perdem significância como marcadores prognósticos independentes. Na ausência de ganho 1q, a LOH de 16q e 1p retém seu impacto prognóstico adverso (GRATIAS *et al.*, 2016). Portanto, o uso efetivo de LOH 1p/16q é limitado a determinados subgrupos de pacientes.

Perda de *WT1* foi relatada por SCOTT *et al.* (2012) e ROYER-POKORA (2013), sendo que neste estudo, observamos em 6/40 pacientes avaliados (15%). Alterações somáticas em *WT1* são observadas em 10-20% dos casos de TWs e, em geral, não parecem ter valor prognóstico independente (TREGER *et al.*, 2019), contudo, as mutações germinativas de *WT1* normalmente resultam em anormalidades geniturinárias e predisposição a TW (SCOTT *et al.*, 2006a; SCOTT *et al.*, 2006b), o que não foi avaliado neste estudo.

As alterações em *TP53, AMER1* e *MYCN* foram identificadas, respectivamente, em 4/40 (10%), 5/40 (12,5%) e 3/40 (7,5%) dos casos avaliados. Desses três, apenas o *TP53*, apresentou uma associação significativa com a variável resposta ao tratamento, com $X^{2}_{(4)}=18,038$; p=0,008 (Teste Exato de Fisher), V de Cramer: 0,475. O baixo número de casos não permite concluir sobre a associação com óbito, entretanto, a literatura reporta a associação entre perda e/ou mutação de *TP53* e prognóstico adverso para qualquer histologia (MASCHIETTO *et al.*, 2014, WEGERT *et al.*, 2018).

Parte desses dados foram avaliados em um estudo do grupo que busca por marcadores no DNA circulante tumoral (ctDNA) para serem usados como biópsia líquida (RUAS *et al.*, 2023). Semelhante ao TW, a maioria dos tumores pediátricos compartilham poucas mutações recorrentes, mas apresentam alterações estruturais como número de cópias (alterações de número de cópias, CNAs) (GRÖBNER *et al.*, 2018; RAHAL *et al.*, 2018; MA *et al.*, 2018; KATTNER *et al.*, 2019). O DNA livre na corrente sanguínea (cfDNA) é uma fonte proeminente para a detecção de biomarcadores específicos em pacientes com TW (WALZ *et al.*, 2023). Usando o perfil de CNAs de 1q, *MYCN* e 17p nos TWs e outros tumores pediátricos, utilizamos PCR digital para caracterizar tais alterações no sangue periférico coletado ao diagnóstico desses pacientes. De forma geral, para todos os tumores, observamos que, ao diagnóstico, a identificação de CNAs foi concordante entre tumor e ctDNA em 56% dos casos, e para os 44% restantes, 91,4% dos CNAs estavam presentes apenas no cfDNA e 8,6% apenas no tumor. Esta discrepância pode ser explicada pela heterogeneidade intratumoral. A biópsia de um tumor nem sempre reflete a heterogeneidade clonal dentro do tumor primário, e a heterogeneidade espacial e temporal foi descrita para diversas entidades cancerígenas, incluindo TWs (CRESSWELL *et al.*, 2016).

Esses resultados sugerem que os pacientes brasileiros apresentam perfil molecular semelhante a outras coortes já analisadas (WEGERT *et al.*, 2017; PEROTTI *et al.*, 2008; WILLIAMS *et al.*, 2015). A anaplasia, atualmente diagnosticada com base na morfologia das células tumorais, é encontrada em aproximadamente 5 a 10% dos TWs (ZUPPAN; BECKWITH; LUCKEY, 1988). No nosso estudo, dois pacientes apresentaram anaplasia (difusa), um deles apresentou a perda do gene *TP53* – esse paciente foi a óbito, corroborando com os dados da literatura, que demonstram que a presença de anaplasia difusa é considerada um fator prognóstico adverso, independentemente do tratamento inicialmente recebido (GROENENDIJK *et al.*, 2021).

Deste modo, assim como mostram diferentes estudos internacionais citados neste trabalho, este estudo contribuiu para enfatizar que diferentes biomarcadores moleculares estão associados a um risco aumentado de recaída do TW, e nossos dados sugerem que alguns desses biomarcadores podem ser aplicados para avaliar o perfil molecular dos TWs em pacientes brasileiros, como os biomarcadores 1p, 1q e 16q.

7 CONCLUSÃO

Ao realizar uma comparação das características clínicas e patológicas com os achados moleculares dos pacientes dessa coorte brasileira, há um predomínio de alterações moleculares em pacientes com metástase ao diagnóstico, metástase durante o tratamento, recaída, progressão e óbito.

Apenas um paciente que recaiu e foi a óbito não apresentou alteração genética, os demais apresentaram pelo menos uma alteração genética, sendo que o maior número de pacientes que foram a óbito apresentou ganho de 1q. Além disso, a perda de 16q também foi mais frequente em pacientes com desfechos mais problemáticos, como anaplásicos, com metástase ao diagnóstico, metástase durante o tratamento e óbito.

Contudo, algumas alterações não apresentaram associação significativa com o óbito e a recaída, como em *WT1* e *MYCN*.

Desse modo, nossos resultados sugerem, assim como na literatura, que a presença de LOH em 1p e 16q e o ganho de 1q, mostram-se potenciais biomarcadores para o prognóstico de sobrevida inferior em determinados pacientes com TW.

Por fim, rápidos avanços em diferentes frentes da ciência, juntamente com o aumento da colaboração internacional entre COG e SIOP, permitirá melhores desfechos de tratamento em pacientes com TW, para que o uso de biomarcadores no tratamento de pacientes com TW seja em breve uma realidade.

REFERÊNCIAS

1. Steliarova-Foucher, E.; Colombet, M.; Ries, L.A.G.; et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. Lancet Oncol. 18(6):719-731, 2017.

2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

3. Stiller, C.A.; Allen, M.B.; Eatock, E.M. Childhood cancer in Britain: the National Registry of Childhood Tumors and incidence rates 1978-1987. Eur J Cancer 31A(12): 2028-34, 1995.

4. Rivera, M.N.; Haber, D.A. Wilms' tumor: connecting tumorigenesis and organ development in the kidney. Nat Rev Cancer 5(9): 699-712, 2005.

5. Spreafico, F.; Bellani, F.F. Wilms' tumor: past, present and (possibly) future. Expert Rev Anticancer Ther 6(2): 249-58, 2006.

6. Davidoff, A.M. Wilms' tumor. Curr Opin Pediatr 21(3): 357-64, 2009.

7. Chu, A.; Heck, J.E.; Ribeiro, K.B.; et al. Wilms' tumor: a systematic review of risk factors and meta-analysis. Paediatr Perinat Epidemiol 24(5): 449-69, 2010.

8. Nakata, K.; Colombet, M.; Stiller, C.A.; et al. IICC-3 Contributors. Incidence of childhood renal tumours: An international population-based study. Int J Cancer 147(12):3313-3327, 2020.

9. Balis, F.; Green, D. M.; Anderson, C.; et al. Wilms tumor (nephroblastoma), version 2.2021. JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 19(8), 945-977, 2021.

10. Breslow, N.; Olshan, A.; Beckwith, J.B.; et al. Epidemiology of Wilms tumor. Med Pediatr Oncol 21:172–181, 1993.

11. Szychot, E.; Apps, J.; Pritchard-Jones, K. Wilms' tumor: biology, diagnosis and treatment. Transl Pediatr 3(1): 12-24, 2014.

12. Spreafico F, Fernandez CV, Brok J, et al. Wilms tumour. Nat Rev Dis Primers 7(1):75, 2021.

13. Breslow, N.; Olshan, A.; Beckwith, J.B.; et al. Ethnic variation in the incidence, diagnosis, prognosis, and follow-up of children with Wilms' tumor. J Natl Cancer Inst 86:49–51, 1994.

14. Hadley, L.G.; Rouma, B.S.; Saad-Eldin, Y. Challenge of pediatric oncology in Africa. Semin Pediatr Surg. May;21(2):136-41, 2012.

15. Apple, A.; Lovvorn, H.N. III. Wilms tumor in Sub-Saharan Africa: molecular and social determinants of a global pediatric health disparity.Front Oncol 10:606380, 2020.

16. Libes, J.; Hol, J.; Neto, J. C. A.; et al. Pediatric renal tumor epidemiology: Global perspectives, progress, and challenges. Pediatric blood & cancer, e30006, 2022.

17. Charlton, J.; Irtan, S.; Bergeron, C.; et al. Bilateral Wilms tumour: a review of clinical and molecular features. Expert Rev. Mol. Med., 19, e8, 2017.

18. Kumar, V.; Abbas, A.; Fausto, N.; et al. Patologia: Bases patológicas das doenças. Elsevier, 2004.

19. Buckley, K.S. Pediatric genitourinary tumors. Curr Opin Oncol 23(3): 297-302, 2011.

20. INCA. Site do INCA, 2022. Estadiamento – Estadiar um caso de câncer significa avaliar seu grau de disseminação. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-

cancer/estadiamento#:~:text=O%20estadiamento%20patol%C3%B3gico%20baseia%2Dse, aplic%C3%A1vel%20a%20todos%20os%20tumores. Acesso em: 10 nov. 2023.

21. PDQ Pediatric Treatment Editorial Board. Wilms Tumor and Other Childhood Kidney Tumors Treatment (PDQ®): Health Professional Version. 2021 Aug 5. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002.

22. Beckwith, J.B.; Kiviat, N.B.; Bonadio, J.F. Nephrogenic rests, nephroblastomatosis, and the pathogenesis of Wilms' tumor. Pedriatr Path 10(1-2): 1-36, 1990.

23. Maschietto, M.; de Camargo, B.; Brentani, H.; et al. Molecular profiling of isolated histological components of wilms tumor implicates a common role for the Wnt signaling pathway in kidney and tumor development. Oncology 75(1-2): 81-91, 2008.

24. Li, C.M.; Guo, M.; Borczuk, A.; et al. Gene expression in Wilms' Tumor mimics the earliest committed stage in the metanephric mesenchymal epithelial transition. Am J Pathol 160:2181-90, 2002.

25. Gratias, E.J.; Dome, J.S.; Jennings, L.J.; et al. Association of Chromosome 1q Gain With Inferior Survival in Favorable-Histology Wilms Tumor: A Report From the Children's Oncology Group. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology 34(26), 3189-94, 2016.

26. Beckwith, J.B.; Palmer, N.F. Histopathology and prognosis of Wilms tumors: results from the First National Wilms' Tumor Study. Cancer. May;41(5):1937-48, 1978.

27. Faria, P.; Beckwith, J.; Mishra, K; et al. Focal Versus Diffuse Anaplasia in Wilms Tumor - New Definitions with Prognostic Significance, The American Journal of Surgical Pathology: Volume 20 - Issue 8 - p 909-920, August 1996. 28. Zuppan, C.W.; Beckwith, J.B.; Luckey, D.W. Anaplasia in unilateral Wilms' tumor: a report from the National Wilms' Tumor Study Pathology Center. Human Pathology. 19:1199-1209, 1988.

29. Beckwith, J.B. Precursor lesions of Wilms tumor: clinical and biological implications. Med Pediatr Oncol 21 (3): 158-68, 1993.

30. Beckwith, J.B. New developments in the pathology of Wilms tumor. Cancer Invest 15 (2): 153-62, 1997.

31. Vuononvirta, R.; Sebire, N.J.; Dallosso, et al. Perilobar nephrogenic rests are nonobligate molecular genetic precursor lesions of insulin-like growth factor-II-associated Wilms tumors. Clin Cancer Res 14(23): 7635-44, 2008.

32. Schumacher, V.; Schuhen, S.; Sonner, S.; et al. Two molecular subgroups of Wilms' tumors with or without WT1 mutations. Clin Cancer Res 9(6): 2005-14, 2003.

33. Pritchard-Jones, K.; Maschietto, M.; Grundy, P. Chapter 9: biological and prognostic factors in Wilms tumors. In: Renal Tumors of Childhood, Pritchard-Jones K, Dome JS (Eds). Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, Germany, 153-166, 2014.

34. Charlton, J.; Pavasovic, V.; Pritchard-Jones, K. Biomarkers to detect Wilms tumors in pediatric patients: where are we now? Future Oncol. 11(15): 2221-2234, 2015.

35. Dome, J.S.; Perlman, E.J.; Graf, N. Risk stratification for Wilms tumor: current approach and future directions. Am Soc Clin Oncol Educ Book, 215–223, 2014.

36. Lopes, R.I.; Lorenzo, A. Recent advances in the management of Wilms' tumor. F1000Research 6,670, 2017.

37. Van den Heuvel-Eibrink, M.M.; Hol, J.A.; Pritchard-Jones, K.; et al. Position paper: Rationale for the treatment of Wilms tumour in the UMBRELLA SIOP-RTSG 2016 protocol. Nat Rev Urol 14 (12): 743-752, 2017.

38. D'Angio, G.J.; Breslow, N.; Beckwith, J.B.; et al. Treatment of Wilms' tumor. Results of the Third National Wilms' Tumor Study. Cancer 64(2): 349-60, 1989.

39. Jereb, B.; Burgers, J.M.; Tournade, M.F.; et al. Radiotherapy in the SIOP (International Society of Pediatric Oncology) nephroblastoma studies: a review. Med Pediatr Oncol 22(4): 221-7, 1994.

40. Green, D.M. The treatment of stages I-IV favorable histology Wilms' tumor. J Clin Oncol 22(8): 1366-72, 2004.

41. Graf, N.; Tournade, M.F.; De Kraker, J. The role of preoperative chemotherapy in the management of Wilms' tumor. The SIOP studies. International Society of Pediatric Oncology. Urol Clin North Am 27(3): 443-54, 2000.

42. Popov, S.D.; Sebire, N. J.; Vujanic, G.M. Wilms' Tumour – Histology and Differential Diagnosis. In M. M. van den Heuvel-Eibrink (Ed.), Wilms Tumor. Codon Publications, 2016.

43. Wang, J.; Li, M.; Tang, D.; et al. Current treatment for Wilms tumor: COG and SIOP standardsWorld Journal of Pediatric Surgery 2:e000038, 2019.

44. Irtan, S.; Ehrlich, P.F.; Pritchard-Jones, K. Wilms tumor: "state-of-the-art" update, 2016. Semin Pediatr Surg 25:250–256, 2016.

45. Dome, J.S.; Graf, N.; Geller, J.I.; et al. Advances in Wilms Tumor Treatment and Biology: Progress Through International Collaboration. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology 33(27), 2999-3007, 2015.

46. Pritchard-Jones, K.; Bergeron, C.; de Camargo, B.; van den Heuvel-Eibrink, M.M.; et al. SIOP Renal Tumours Study Group. Omission of doxorubicin from the treatment of stage II-III, intermediate-risk Wilms' tumour (SIOP WT 2001): an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. Lancet. Sep 19;386(9999):1156-64, 2015.

47. Chen, X., Pappo, A., Dyer, M. Pediatric solid tumor genomics and developmental pliancy. Oncogene 34, 5207–5215, 2015.

48. Dome, J.S.; Huff, V. Wilms Tumor Predisposition. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, eds. GeneReviews®. [Internet]. University of Washington, Seattle: Seattle, WA, 2003.

49. Kalish, J.M.; Doros, L.; Helman, L.J.; et al. Surveillance recommendations for children with overgrowth syndromes and predisposition to Wilms tumors and hepatoblastoma. Clin Cancer Res 23:e115–122, 2017.

50. Hillen, L.M.; Kamsteeg, E.J.; Schoots, J.; et al. Refining the diagnosis of congenital nephrotic syndrome on long-term stored tissue: c.1097G>A (p.(Arg366His)) WT1 mutation causing Denys Drash syndrome. Fetal Pediatr Pathol 35:112–119, 2016.

51. Treger, T.D.; Chowdhury, T.; Pritchard-Jones, K.; et al.: The genetic changes of Wilms tumour. Nat Rev Nephrol 15 (4): 240-251, 2019.

52. Scott, R.H.; Murray, A.; Baskcomb, L.; et al. Stratification of Wilms tumor by genetic and epigenetic analysis. Oncotarget 3(3): 327-335, 2012.

53. Gadd, S.; Huff, V.; Walz, A.L.; et al. A Children's Oncology Group and TARGET initiative exploring the genetic landscape of Wilms tumor. Nat Genet 49 (10): 1487-1494, 2017.

54. Mahamdallie S., Yost S., Poyastro-Pearson E., et al. Identification of new Wilms tumour predisposition genes: an exome sequencing study. Lancet Child Adolesc Health. May;3(5):322-331, 2019.

55. Höglund, M.; Gisselsson, D.; Hansen, G.B.; et al. Wilms tumors develop through two distinct karyotypic pathways. Cancer Genet Cytogenet 150(1): 9-15, 2004.

56. Williams, R.D.; Al-Saadi, R.; Natrajan, R.; et al. Molecular profiling reveals frequent gain of MYCN and anaplasia-specific loss of 4q and 14q in Wilms tumor. Genes Chromosomes Cancer 50(12): 982-995, 2011.

57. Carraro, D.M., Ramalho, R.F., Maschietto, M. Gene Expression in Wilms Tumor: Disturbance of the Wnt Signaling Pathway and MicroRNA Biogenesis. Wilms Tumor 10, 149–162, 2016.

58. Duhme, C.; Busch, M.; Heine, E.; et al. WT1-Mutant Wilms Tumor Progression Is Associated With Diverting Clonal Mutations of CTNNB1. J Pediatr Hematol Oncol. Mar 1;43(2):e180-e183; 2021.

59. Virji, M.A.; Mercer, D.W.; Herberman, R.B. Tumor markers in cancer diagnosis and prognosis. CA Cancer J Clin. Mar-Apr;38(2):104-26, 1988.

60. Hayes, D.F.; Bast, R.C.; Desch, C.E.; et al: Tumor marker grading system: a frame work to evaluate clinical utility of tumor markers. J Natl Cancer Inst 88: 1456–1468, 1996.

61. Duffy, M. J. Clinical Uses of Tumor Markers: A Critical Review. Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences, 38(3), 225–262, 2001.

62. Lahoti, C.; Thorner, P.; Malkin, D.; et al. Immunohistochemical detection of p53 in Wilms' tumors correlates with unfavorable outcome. Am J Pathol, 148:1577, 1996.

63. Wen, J.G.; van Steenbrugge, G.J.; Egeler, R.M.; et al: Progress of fundamental research in Wilms' tumor. Urol Res 25: 223–230, 1997.

64. Ghanem, M. A.; van Steenbrugge, G. J.; Nijman, R. J. M.; et al. Prognostic markers in nephroblastoma (Wilms' tumor). Urology, 65(6), 1047–1054, 2005.

65. Hing, S.; Lu, Y. J.; Summersgill, B.; et al. Gain of 1q is associated with adverse outcome in favorable histology Wilms' tumors. The American journal of pathology, 158(2), 393–398, 2001.

66. Lu, Y.J.; Hing, S.; Williams, R.; et al. UK Children's Cancer Study Goup Wilms' tumor group. Chromosome 1q expression profiling and relapse in Wilms' tumour. Lancet Aug 3;360(9330):385-6, 2002.

67. Williams, R.D.; Hing, S.N.; Greer, B.T.; et al. Prognostic classification of relapsing favorable histology Wilms tumor using cDNA microarray expression profiling and support vector machines. Genes Chromosomes Cancer Sep;41(1):65-79, 2004.

68. Natrajan, R.; Williams, R.D.; Hing, S.N.; et al. Array CGH profiling of favourable histology Wilms tumours reveals novel gains and losses associated with relapse. J Pathol. Sep;210(1):49-58, 2006a.

69. Natrajan, R.; Little, S.E.; Reis-Filho, J.S.; et al. Amplification and Overexpression of CACNA1E Correlates with Relapse in Favorable Histology Wilms' Tumors. Clin Cancer Res December 15(12) (24) 7284-7293, 2006b.

70. Perotti, D.; Spreafico, F.; Torri, F.; et al. Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica Wilms Tumor Working Group. Genomic profiling by whole-genome single nucleotide polymorphism arrays in Wilms tumor and association with relapse. Genes Chromosomes Cancer, Jul;51(7):644-53, 2012.

71. Segers, H.; van den Heuvel-Eibrink, M.M.; Williams, R.D.; et al. Children's Cancer and Leukaemia Group and the UK Cancer Cytogenetics Group. Gain of 1q is a marker of poor prognosis in Wilms' tumors. Genes Chromosomes Cancer Nov;52(11):1065-74, 2013.

72. Gratias, E.J.; Jennings, L.J.; Anderson, J.R.; et al. Gain of 1q is associated with inferior event-free and overall survival in patients with favorable histology Wilms tumor: a report from the Children's Oncology Group. Cancer. Nov 1;119(21):3887-94, 2013.

73. Chagtai, T.; Zill, C.; Dainese, L.; et al. Gain of 1q As a Prognostic Biomarker in Wilms Tumors (WTs) Treated With Preoperative Chemotherapy in the International Society of Paediatric Oncology (SIOP) WT 2001 Trial: A SIOP Renal Tumours Biology Consortium Study. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology 34(26): 3195-203, 2016.

74. Maw, M.A.; Grundy, P.E.; Millow, L.J.; et al. A third Wilms' tumor locus on chromosome 16q. Cancer Res 52(11): 3094-3098, 1992.

75. Cavenee, W.K.; Dryja, T.P.; Phillips, R.A., et al. Expression of recessive alleles by chromosomal mechanisms in retinoblastoma. Nature 305 779–784, 1983.

76. Brown, M.A. Tumor suppressor genes and human cancer. Adv. Genet. 36 45–135, 1997.

77. Grundy, P.E.; Telzerow, P.E.; Breslow, N.; et al. Loss of heterozygosity for chromosomes 16q and 1p in Wilms' tumors predicts an adverse outcome. Cancer Res 54(9): 2331-2333, 1994.

78. Grundy, P.E.; Breslow, N.E.; Li, S.; et al. Loss of heterozygosity for chromosomes 1p and 16q is an adverse prognostic factor in favorable-histology Wilms tumor: a report from the National Wilms Tumor Study Group. J Clin Oncol. 23:7312, 2005.

79. Spreafico, F.; Gamba, B.; Mariani, L.; et al. AIEOP Wilms Tumor Working Group. Loss of heterozygosity analysis at different chromosome regions in Wilms tumor confirms 1p allelic loss as a marker of worse prognosis: a study from the Italian Association of Pediatric Hematology and Oncology. J Urol 189(1): 260-6, 2013.

80. Messahel, B.; Williams, R.; Ridolfi, A.; et al. Children's Cancer and Leukaemia Group (CCLG). Allele loss at 16q defines poorer prognosis Wilms tumour irrespective of treatment approach in the UKW1-3 clinical trials: a Children's Cancer and Leukaemia Group (CCLG) Study. Eur J Cancer 45(5): 819-26, 2009.

81. Fernandez, C.V.; Mullen, E.A.; Chi, Y.Y.; et al. Outcome and Prognostic Factors in Stage III Favorable-Histology Wilms Tumor: A Report From the Children's Oncology Group Study AREN0532. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology 36(3), 254-261, 2018.

82. Bardeesy, N.; Falkoff, D.; Petruzzi, M.J.; et al. Anaplastic Wilms' tumour, a subtype displaying poor prognosis, harbours p53 gene mutations. Nat Genet 7: 91–97, 1994.

83. Malkin, D.; Sexsmith, E.; Yeger, H.; et al. Mutations of the p53 tumor suppressor gene occur infrequently in Wilms' tumor. Cancer Res 54: 2077–2079, 1994.

84. Bardeesy, N; Beckwith, J.B.; Pelletier, J. Clonal expansion and attenuated apoptosis in Wilms' tumors are associated with p53 gene mutations. Cancer Res 55: 215–219, 1995.

85. El Bahtimi, R.; Hazen-Martin, D.J.; Re, G.G.; et al. Immunophenotype, mRNA expression, and gene structure of p53 in Wilms' tumors. Mod Pathol 9: 238–244, 1996.

86. D'Angio, G.J. Pre-or post-operative treatment for Wilms tumor? Who, what, when, where, how, why--and which. Pediatric Blood & Cancer, v. 41, n. 6, p. 545- 549, 2003.

87. Maschietto, M.; Williams, R.D.; Chagtai, T.; et al. TP53 mutational status is a potential marker for risk stratification in Wilms tumour with diffuse anaplasia. PLoS One 9:e109924, 2014b.

88. Ooms, A. H.; Gadd, S.; Gerhard, D. S.; et al. Significance of TP53 Mutation in Wilms Tumors with Diffuse Anaplasia: A Report from the Children's Oncology Group. Clinical cancer research: an official journal of the American Association for Cancer Research, 22(22), 5582–5591, 2016.

89. Wegert, J.; Vokuhl, C.; Ziegler, B.; et al. TP53 alterations in Wilms tumour represent progression events with strong intratumour heterogeneity that are closely linked but not limited to anaplasia. The journal of pathology. Clinical research, 3(4), 234–248, 2017.

90. Rickman, D.S.; Schulte, J.H.; Eilers, M. The expanding world of N-MYC-driven tumors. Cancer Discov, 8(2):150–63, 2018.

91. Nisen, P.D.; Zimmerman, K.A.; Cotter, S.V.; et al. Cancer Res. 46, 6217-6222, 1986.

92. Norris, M.D.; Brian, M.J.; Vowels, M.R.; et al. N-myc amplification in Wilms' tumor. Cancer Genet Cytogenet. 30(1):187–189, 1988.

93. McQuaid, S.; O'Meara, A. N-myc oncogene amplification in paediatric tumours. Ir J Med Sci. 159(6):172–174, 1990.

94. Schaub, R.; Burger, A.; Bausch, D.; et al. Array comparative genomic hybridization reveals unbalanced gain of the MYCN region in Wilms tumors. Cancer Genet Cytogenet. 172(1):61–65, 2007.

95. Williams, R.D.; Chagtai, T.; Alcaide-German, M.; et al. Multiple mechanisms of MYCN dysregulation in Wilms tumour. Oncotarget 6(9): 7232-43, 2015.

96. Jiménez Martín, O.; Schlosser, A.; Furtwängler, R.; et al. MYCN and MAX alterations in Wilms tumor and identification of novel N-MYC interaction partners as biomarker candidates. Cancer Cell Int 21, 555, 2021.

97. Wegert, J.; Wittmann, S.; Leuschner, I.; et al. WTX inactivation is a frequent, but late event in Wilms tumors without apparent clinical impact. Genes Chromosomes Cancer 48(12): 1102-11, 2009.

98. Rivera, M.N.; Kim, W.J.; Wells, J.; et al. An X chromosome gene, WTX, is commonly inactivated in Wilms tumor. Science 315(5812): 642-645, 2007.

99. Ruteshouser, E.C.; Robinson, S.M.; Huff, V. Wilms tumor genetics: mutations in WT1, WTX, and CTNNB1 account for only about one-third of tumors. Genes Chromosomes Cancer Jun;47(6):461-70, 2008.

100. Perotti, D.; Gamba, B.; Sardella, M.; et al. Functional inactivation of the WTX gene is not a frequent event in Wilms' tumors. Oncogene. Jul 31;27(33):4625-32, 2008.

101. Hu, J.; Barrett, R.D.H. Epigenetics in natural animal populations. J Evol Biol. 30(9):1612-32, 2017.

102. Maluf, S.W.; Riegel, M. Citogenética Humana. Porto Alegre: Artmed. 336 p, 2011.

103. Call, K.M.; Glaser, T.; Ito, C.Y.; et al. Isolation and characterization of a zinc finger polypeptide gene at the human chromosome 11 Wilms' tumor locus. Cell., 60(3):509–520, 1990.

104. Bonetta, L.; Kuehn, S.E.; Huang, A.; et al. Wilms tumor locus on 11p13 defined by multiple CpG island-associated transcripts. Science. 250(4983):994–997, 1990.

105. Gessler, M.; Poustka, A.; Cavenee, W.; et al. Homozygous Deletion in Wilms Tumours of a Zinc-finger Gene Identified by Chromosome Jumping. Nature 343 (6260), 774–778. 10.1038/343774a0, 1990.

106. Huff, V. Wilms tumor genetics. Am J Med Genet 79(4): 260-7, 1998.

107. Lee, S.B.; Haber, D.A. Wilms Tumor and the WT1 Gene. Experimental Cell Research, 264(1), 74–99, 2001.

108. Koufos, A.; Hansen, M.F.; Lampkin, B.C.; et al. Loss of alleles at loci on human chromosome 11 during genesis of Wilms' tumour. Nature 309, 170–172. 7, 1984.

109. Orkin, S.H.; Goldman, D. S.; Sallan, S.E. Development of homozygosity for chromosome 11p markers in Wilms' tumour. Nature 309, 172–174. 8, 1984.

110. Fearon, E.R.; Vogelstein, B.; Feinberg, A. P. Somatic deletion and duplication of genes on chromosome 11 in Wilms' tumours. Nature 309, 176–178. 9, 1984.

111. Reeve, A.E.; Housiaux, P.J.; Gardner, R.J.; et al. Loss of a Harvey ras allele in sporadic Wilms' tumour. Nature 309, 174–176, 1984.

112. Maschietto, M.; Charlton, J.; Perotti, D.; et al. The IGF signalling pathway in Wilms tumours--a report from the ENCCA Renal Tumours Biology-driven drug development workshop. Oncotarget, 5(18): 8014-26, 2014a.

113. Jelinic, P.; Shaw, P. Loss of imprinting and cancer. J. Pathol., 211: 261-268, 2007.

114. Bown, N.; Cotterill, S.J.; Roberts, P.; et al. Cytogenetic abnormalities and clinical outcome in Wilms tumor: A study by the U.K. cancer cytogenetics group and the U.K. Children's Cancer Study Group. Med Pediatr Oncol 38(1): 11-21, 2002.

115. Charlton, J; Pritchard-Jones, K.. WT1 mutation in childhood cancer. The Wilms' tumor (WT1) gene. Methods Mol. Biol. 1467, 1-14, 2016.

116. Lovvorn, H.N.; Pierce, J.; Libes, J.; et al. Genetic and chromosomal alterations in Kenyan Wilms Tumor. Genes Chromosomes Cancer 54(11):702-15, 2015.

117. Green, D.M.; Grigoriev, Y.A.; Nan, B.; et al. Congestive heart failure after treatment for Wilms' tumor: a report from the National Wilms' Tumor Study group. J Clin Oncol 19(7): 1926-34, 2001.

118. Wright, K.D.; Green, D.M.; Daw, N.C. Late effects of treatment for Wilms tumor. Pediatr Hematol Oncol 26(6): 407-413, 2009.

119. Breslow, N.E.; Lange, J.M.; Friedman, D.L.; et al. Secondary malignant neoplasms after Wilms tumor: an international collaborative study. Int J Cancer 127(3): 657-66, 2010.

120. Termuhlen, A.M.; Tersak, J.M.; Liu, Q.; et al. Twenty-five year follow-up of childhood Wilms tumor: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. Pediatr Blood Cancer 57(7): 1210-6, 2011.

121. Wong, K.F.; Reulen, R.C.; Winter, D.L.; et al. Risk of Adverse Health and Social Outcomes Up to 50 Years After Wilms Tumor: The British Childhood Cancer Survivor Study. J Clin Oncol 34(15): 1772-9, 2016.

122. Schouten, J. P.; McElgunn, C. J.; Waaijer, R.; et al. Relative quantification of 40 nucleic acid sequences by multiplex ligation-dependent probe amplification. Nucleic Acids Research, v.30, p. 57, 2002.

123. Stuppia, L.; Antonucci, I.; Palka, G.; et al. Use of the MLPA assay in the molecular diagnosis of gene copy number alterations in human genetic diseases. Int J Mol Sci, 13(3):3245-76, 2012.

124.MRCHolland,2022.Disponívelem:https://support.mrcholland.com/downloads/files/mlpa-general-protocol-one-tube.Acessoem: maio de 2022.

125. Holland, P.M.; Abramson, R.D.; Watson, R.; et al. Detection of specific polymerase chain reaction product by utilizing the 5'----3' exonuclease activity of Thermus aquaticus DNA polymerase. Proceedings of the National Academy of Sciences USA, 88(16):7276-80, 1991.

126. Heid, C.A.; Stevens, J.; Livak, K.J.; et al. Real time quantitative PCR. Genome Res. 6(10):986-94, 1996.

127. Thermo Fisher. CopyCaller® Software v2.0 User Guide - Disponível em: CopyCaller® Software User Guide (PN 4400042C) (thermofisher.com). Acessado em: maio de 2022.

128. Dome, J.S.; Fernandez, C.V.; Mullen, E.A.; et al. COG Renal Tumors Committee. Children's Oncology Group's 2013 blueprint for research: renal tumors. Pediatr Blood Cancer 60(6): 994-1000, 2013.

129. Royer-Pokora, B. Genetics of pediatric renal tumors. Pediatr Nephrol 28(1): 13-23, 2013.

130. Scott, R.H.; Walker, L.; Olsen, Ø.E.; et al. Surveillance for Wilms tumor in at-risk children: pragmatic recommendations for best practice. Arch Dis Child 91(12):995-9, 2006a.

131. Scott, R.H.; Stiller, C.A.; Walker, L.; et al. Syndromes and constitutional chromosomal abnormalities associated with Wilms tumor. J Med Genet 43(9):705-15, 2006b.

132. Ruas, J.S.; Silva, F.L.T.; Euzébio, M.F.; et al. Somatic Copy Number Alteration in Circulating Tumor DNA for Monitoring of Pediatric Patients with Cancer. Biomedicines. Apr 3;11(4):1082, 2023.

133. Gröbner, S.N.; Worst, B.C.; Weischenfeldt, J.; et al. The landscape of genomic alterations across childhood cancers. Nature. 2018 Mar 15;555(7696):321-327. doi: 10.1038/nature25480. Epub 2018 Feb 28. Erratum in: Nature. Jul;559(7714):E10, 2018.

134. Rahal, Z.; Abdulhai, F.; Kadara, H.; et al. Genomics of adult and pediatric solid tumors. Am J Cancer Res. Aug 1;8(8):1356-1386, 2018.

135. Ma, X.; Liu, Y.; Liu, Y.; et al. Pan-cancer genome and transcriptome analyses of 1,699 paediatric leukaemias and solid tumours. Nature. Mar 15;555(7696):371-376, 2018.

136. Kattner, P.; Strobel, H.; Khoshnevis, N.; et al. Compare and contrast: pediatric cancer versus adult malignancies. Cancer Metastasis Rev 38, 673–682, 2019.

137. Walz, A.L.; Maschietto, M.; Crompton, B.; et al. Tumor biology, biomarkers, and liquid biopsy in pediatric renal tumors. Pediatr Blood Cancer. 70 Suppl 2:e30130, May 2023.

138. Cresswell GD, Apps JR, Chagtai T, Mifsud B, Bentley CC, Maschietto M, Popov SD, Weeks ME, Olsen ØE, Sebire NJ, Pritchard-Jones K, Luscombe NM, Williams RD, Mifsud W. Intra-Tumor Genetic Heterogeneity in Wilms Tumor: Clonal Evolution and Clinical Implications. EBioMedicine. Jul;9:120-129, 2016.

139. Groenendijk, A.; Spreafico, F.; de Krijger, R.R.; et al. Prognostic Factors for Wilms Tumor Recurrence: A Review of the Literature. Cancers (Basel). Jun 23;13(13):3142, 2021.

Declaração

As cópias de artigos de minha autoria ou de minha co-autoria, já publicados ou submetidos para publicação em revistas científicas ou anais de congressos sujeitos a arbitragem, que constam da minha Dissertação/Tese de Mestrado/Doutorado, intitulada **AVALIAÇÃO DE CANDIDATOS A BIOMARCADORES MOLECULARES PARA PACIENTES COM TUMOR DE WILMS NO BRASIL**, não infringem os dispositivos da Lei n.º 9.610/98, nem o direito autoral de qualquer editora.

Campinas, 28 de fevereiro de 2024.



Assinatura : _____ Nome do(a) autor(a): Tássia Oliveira Biazon RG n.º 46.317.746-0



Assinatura : ______ Nome do(a) orientador(a): Mariana Camargo Maschietto

RG n.º 30.569.339-6



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

É um estudo internacional? Não

Equipe de Pesquisa

CPF/Documento	Nome
052.306.328-87	Silvia Regina Brandalise
137.410.968-14	Izilda Aparecida Cardinalli
632.725.636-87	Luiz Henrique Pereira
711.727.859-53	Jose Andres Yunes
435.984.058-63	NATALIA PAIVA DO NASCIMENTO
391.106.958-85	TÁSSIA OLIVEIRA BIAZON
360.861.408-71	Ana Luiza Ongaro Seidinger Conte
893.490.915-34	IVA LOUREIRO HOFFMANN

Área de Estudo

Área Temática Especial

Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;)

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq)

- Grande Área 2. Ciências Biológicas
- Grande Área 4. Ciências da Saúde

Propósito Principal do Estudo (OMS)

Ciências Básicas

Título Público da Pesquisa: Avaliação de alterações moleculares em pacientes com tumor de Wilms

Contato Público					
CPF/Documento	Nome	Telefone	E-mail		
218.636.748-37	Mariana Maschietto	19999561915	marianamasc@gmail.com		

Contato Científico: Mariana Maschietto

Data de Submissão do Projeto: 07/08/2019

Versão do Projeto: 1

Página 1 de 8

Desenho:



O presente estudo prevê a análise de variáveis moleculares em tumores de Mirns e diagnosticados em pacientes pediátricos. Considera-se que eventos genéticos e epigenéticos aberrantes sejam precoces na tumorigênese e que ocorram em um pool de células progenitoras tumorais (cancer stem cells). Tumores que adquirem plasticidade genética e epigenética em locais distintos da massa tumoral apresentam heterogeneidade intratumoral, fenômeno demonstrado para vários tipos de câncer. Portanto, enquanto essa arquitetura ajustável permite a expressão temporal e regulada de vias de sinalização celular, quando perturbada (durante o desenvolvimento ou somaticamente), podem desempenhar um papel importante na iniciação o e progressão do câncer, com efeito semelhante à mutação gênica clássica. Esforços recentes têm se concentrado no uso de biomarcadores para melhorar a estratificação de risco e a introdução de novas terapias que minimizarão a toxicidade e melhorarão os resultados para pacientes com histologia desfavorável e doença recorrente. Por outro lado, a busca por novas terapias é imprescindível tendo em vista a estagnação nas taxas de cura assim como buscar alternativas mais eficientes que diminuam os efeitos stardios das terapias quatias. O foco desse estudo é investigar alterações dos mecanismos epigenéticos potencialmente envolvidos na transformação celular e progressão, considerando as características peculiares dos tumores de Wilms. Desta forma, as alterações encontradas poderão ser testadas como biomarcadores potencialmente usados para availiar alterações exclusivas dos tumores.

— Apoio Financeiro -

CNPJ	Nome	E-mail	Telefone	Tipo		
43.828.151/0002-26	FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SAO PAULO		1138384047	Institucional Secundário		
Balawra Chaw	Balaura Chaura					
Palavra-chave						
tumor de Wilms, metilação de DNA, epigenética, genoma, genética						

Detalhamento do Estudo

Resumo:

Os tumores sólidos pediátricos acometem 3% da população mundial e 70% destes pacientes sobrevivem e atingem a fase adulta. O tratamento dos tumores de pior prognóstico é acompanhado de efeitos colaterais danosos e já atingiu os limites de tolerância fazendo-se necessária a busca de terapias alternativas. Por outro lado, estima-se que um a cada 750-1000 adultos sobreviventes de câncer na infância sofrem com os efeitos adversos tardios decorrentes das atuais terapias. A compreensão dos mecanismos biológicos envolvidos com a progressão dos tumores pediátricos é essencial para auxiliar no diagnóstico, estimar o prognóstico desses pacientes e abrir possibilidades terapêuticas. Esforços recentes têm se concentrado no uso de biomarcadores para melhorar a estratificação de risco e a introdução de novas terapias que minimizarão a toxicidade e melhoraño os resultados para pacientes com histologia desfavorável e doença recorrente. Por outro lado, a busca por novas terapias é imprescindível tendo em vista a estagnação nas taxas de cura assim como buscar alternativas mais eficientes que diminuam os efeitos tardios das terapias atuais. O foco desse estudo é investigar alterações dos mecanismos epigenéticos e genéticos potencialmente envolvidos na transformação celular e progressão, considerando as características peculiares dos tumores de Wilms. Desta forma, as alterações encontradas poderão ser testadas como biomarcadores potencialmente usados para auxiliar o diagnóstico e estratificação dos pacientes ou como alvos terapêuticos. Este estudo requer a integração de diversas áreas e especialidades, desde o uso de dados clínicos, análises histológicas dos tumores, experimentos para caracterização de metilação, sequenciamento, análises de bioinformática, experimentos de PCR em tempo real, entre outras. Como objetivo final, este trabalho pretende identificar biomarcadores para estratificar com precisão pacientes pediátricos portadores de tumor de Wilms, buscando melhorar a classificação de risco, identificar alvos e

Introdução:

Os tumores pediátricos são considerados uma doença rara, ainda assim é a primeira causa de morte relacionada a doença em crianças maiores de um ano de idade. Estima-se que, no mundo, cerca de uma a cada 500 crianças serão diagnosticadas com câncer até os 15 anos de idade. Os tipos de câncer que afetam indivíduos menores de 20 anos de idade formam um subgrupo específico com características biológicas, prognósticas e de resposta ao tratamento de longa duração distintas dos tumores de adultos. Estes tumores representam 1% da incidência anual de câncer nos Estados Unidos, aumentando em média 0,5% ao ano [1]. O percentual mediano dos tumores pediátricos observados nos Registros de Câncer de Base Populacional Brasileiros encontra-se próximo de 3%. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para cada ano do biênio 2018-2019 é de 12.500 casos novos de câncer em crianças e adolescentes, dos quais quase 25% resultam em morte, representando 8% das causas de óbito por doença em crianças e adolescentes até 19 anos de idade (https://www.inca.gov.br/tipos-de-câncer/câncer-infantojuvenil, 20/Dezembro/2018). Aproximadamente 50% dos cânceres da infância e adolescência são leucemias agudas ou cânceres do sistema nervoso central, o restante está distribuído entre neuroblastoma (6%), tumor de Wilms (5%), linfoma não-Hodgixin (4%), rabdomiossarcoma infantil (3%), retinoblastoma (3%), osteossarcoma (3%), sarcoma de Ewing (1%), tumores de células germinativas (5%), blastoma pleuropulmonar, hepatoblastoma e carcinoma hepatocelular, entre outros tumores [2]. No Centro Infantil Boldrini, um dos maiores centros de atendimento aos pacientes com tumores pediátricos do Brasil, são atendidos, em média, 256 casos novos por ano, dos quais 35% são leucemias, 14% linfomas, 13% tumores de sistema nervoso central, 8% tumores ósseos, 7% tumores renais, 5% rabdomiossarcomas, 5% neuroblastoma e outros sarcomas de partes moles e o restante representa até 12% do total (exemplo: hepatoblastoma, tumores de células germinativas, retinoblastoma, melanoma e outros tumores de pele). Estima-se que nos Estados Unidos, um a cada 750 indivíduos seja sobrevivente de algum cancer ocorrido durante a infância ou adolescência [1]. Esta é uma população muito vulneravel e que provavelmente sofrerá efeitos adversos à saude e com grande impacto na qualidade de vida como consequencia do tratamento curativo que receberam no passado, com alta mortalidade decorrente de tumores subsequentes, doenças cardíacas e problemas pulmonares. As crianças com cancer normalmente são tratadas com esquemas que combinam quimioterapia, cirurgia e radioterapia [3], uma abordagem de sucesso que levou às atuais taxas de cura, em torno de 80% (SEER Cancer Statistics Review (CSR) 1975-2015, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/), mas em países de baixa e média renda, apenas 30% dos pacientes têm uma sobrevida global maior do que cinco anos [4]. Ademais, a morbidade associada ao tratamento tem grande impacto na qualidade de vida para estas crianças, uma vez que os pacientes são expostos a um alto risco de toxicidade a longo prazo e resultando em efeitos colaterais significativos [5]. Para melhorar a sobrevida destas crianças, uma melhor estratificação de risco, baseado na biologia individualizada de cada tumor, se faz necessária para permitir tratamentos adaptados a cada paciente. Dessa forma, torna-se essencial a pesquisa molecular básica e o estudo dos

Data de Submissão do Projeto: 07/08/2019

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1409462.pdf

Versão do Projeto: 1

Página 2 de 8

mecanismos biológicos envolvidos nos diferentes tipos de tumores pediátricos, tanto para o melhor entendimento da progressão tumoral como também para permitir um melhor acompanhamento dos pacientes, e desta forma identificar um tratamento personalizado que seja direcionado e eficiente baseado nas características individuais de cada tumor. Considera se que eventos genéticos e epigenéticos aberrantes sejam precoces na tumorigenese e que ocorram em um pool de células progenitoras tumorais (cancer stem cells) [6]. Tumores que adquirem plasticidade genética e epigenética em locais distintos da massa tumoral apresentam heterogeneidade intratumoral, [7,8] fenômeno demonstrado para vários tipos de câncer. Portanto, enquanto esta arquitetura ajustável permite a expressão temporal e regulada de vias de sinalização celular, quando perturbada (durante o desenvolvimento ou somaticamente), podem desempenhar um papel importante na iniciação e progressão do câncer, com efeito semelhante à mutação gênica clássica. Diferentes tipos tumorais apresentam uma grande variação genética/epigenética no número e tipo de alterações, incluindo mutações. Tamanha variação pode refletir, principalmente, na ação de agentes mutagênicos, como luz ultravioleta em melanomas e tabaco em cancer de pulmão, ou então processos mutacionais específicos, como tumorigênese mediada por mutações em genes de reparo, como em subtipos de câncer de cólon. Por outro lado, tumores pediátricos carregam um número médio de mutações não-sinônimas que é, em geral, inferior ao de tumores sólidos adultos, com cerca de ~9 mutações por tumor [9–11]. O estudo Pan-Cancer avaliou o perfil mutacional (547 amostras por sequenciamento de genoma completo e 414 amostras por sequenciamento de exoma) de 24 tipos de tumores pediátricos em uma coorte de 961 tumores de crianças, adolescentes e jovens adultos. Diferenças marcantes em termos de frequência de mutação e genes significativamente mutados foram identificadas em comparação com cânceres adultos previamente analisados. As frequências de mutação variaram entre os tipos de cancer (0,02 a 0,49 mutações por megabase: Mb) e foram em média 14 vezes menores do que em canceres adultos. Adicionalmente, tumores recidivantes carregavam número significativamente maior de mutações do que os tumores primários [10]. Tumores com mais de 10 mutações por Mb têm sido referidos como "hipermutados" e estão frequentemente relacionados a deficiências em genes de reparo [12]. Um dos achados mais importantes foi a detecção de alguma alteração com potencial para terapia-alvo em quase 50% das neoplasias pediátricas, o que é altamente relevante para o planejamento de futuros ensaios clínicos. Os dados também indicam que -8% das crianças tem uma mutação germinativa predisponente inequívoca [10]. Um aspecto importante da biologia tumoral recentemente explorado utilizando as tecnologias de sequenciamento é a investigação de DNA tumoral livre circulante (cell-free circulating tumor DNA - ctDNA) no plasma ou soro de pacientes com câncer. A presença de ctDNA está relacionada à liberação na corrente sanguinea de fragmentos de DNA de células que sofreram apoptose ou necrose. A análise de ctDNA permite uma visão da dinámica tumoral de forma não-invasiva e em tempo real [13], que pode fornecer informações complementares importantes para a escolha e direcionamento de terapias em pacientes com câncer [14,15]. A identificação e genotipagem do ctDNA pode oferecer informações sobre a heterogeneidade intracelular e evolução do câncer, assim como monitorar o paciente e detectar o surgimento de mecanismos de resistência baseado em mutações e alterações epigenéticas.Tumores renais na infânciaOs tumores renais pediátricos compreendem um espectro de subtipos morfológicos, incluindo tumores de histopatologia benigna. Algumas formas mais raras de câncer renal na infância são: sarcoma renal de células claras, tumor rabdóide renal, nefroma mesoblástico congenito, tumor renal cístico multilocular, carcinoma de células renais e angiomiolipoma [16,17]. O tumor de Wilms (TW) compreende aproximadamente 95% dos canceres renais diagnosticados em crianças menores de 15 anos de idade, sendo a maior incidência nos primeiros dois anos de vida, seguido por taxas decrescentes com o aumento da idade, com incidências muito baixas entre 10-19 anos de idade [18, 19]. O tratamento do TW é sempre nutidisciplinar, com cirurgia, quimioterapia e radioterapia em casos específicos. Atualmente, os fatores prognósticos considerados mais relevantes para a decisão terapêutica são o estadiamento clínico e o tipo histológico (blastematoso, epitelial e estromal). Com os avanços terapêuticos, as taxas de sobrevida global de pacientes com TW podem chegar a 90%. No entanto, a sobrevida global de certos subgrupos de pacientes, como aqueles com histología desfavorável (ex. anaplasia), doença biateral e recidiva da doença permanece em torno de 50%. Juntos, estes grupos de maior risco representam cerca de 25% dos pacientes com TW [20]. Pacientes tratados do TW podem apresentar efeitos adversos tardios como doenças cardíacas, hepáticas, complicações durante a gravidez e um risco aumentado de desenvolver neoplasias primárias subsequentes [21]. Sendo assim, o desafio atual, e objetivo deste estudo, e identificar marcadores que permitam reduzir ou intensificar o tratamento, diminuir a morbidade associada a toxicidade da terapia e aumentar as taxas de cura e sobrevida desses pacientes.O sucesso terapêutico do TW se deve aos esforços de grupos cooperativos multidisciplinares como: Renal Tumor Study Group – Société Internationale d'Oncologie Pediatrique (RTSG-SIOP) e o Children Oncology Group (COG). Embora existam diferenças na abordagem terapeutica, esses grupos conduziram uma série de estudos clínicos e moleculares bem desenhados que geraram grande conhecimento baseado em evidências para estabelecer os melhores tratamentos para crianças com TW. As drogas padrão utilizadas de rotina no tratamento do TW são a vincristina, a actinomicina D e a doxorrubicina. Pacientes de alto risco, que apresentam metástase ao diagnóstico ou recidiva tumoral são tratados com ciclofosfamida, carboplatina, etoposídeo e irinotecano, de acordo com o protocolo estabelecido no centro hospitalar [22,23].Os TWs são encontrados associados a lesões indiferenciadas chamadas restos nefrogênicos (RN) em 40% e 100% dos casos esporádicos e bilaterais, respectivamente [24]. RNs são classificados baseados na localização no rim: RN perilobar (RNPL) são encontrados próximos a periferia do lóbulo renal e associados com TW com predomínio dos componentes blastematos ou epitelial e perda de imprinting (Loss of imprinting, LOI) de 11p15.5 [25]. RN intralobar (RNIL) é encontrado na medula, como consequência de algum erro precoce durante a nefrogênese e são tipicamente associados com TW com predominio de componente estromal com diferenciação para elementos mesenquimais e mutação/deleção de WT1 [26].Desde os primeiros estudos envolvendo alterações genéticas em TWs e outros tumores embrionários, observa-se baixa frequência de mutações somáticas (cerca de 30 genes), que são detectadas somente em 30% dos casos. Destas mutações, os genes mais frequentemente alterados incluem WT1, CTNNB1, AMER1 (WTX), DROSHA, DGCR8, XPO5, DICER1, SIX1, SIX2, MLLT1, MYCN e TP53 [27,28]. Ganhos e perdas cromossômicas, bem como perda de heterozigosidade (Loss of Heterozygosity, LOH) são comumente vistos em TWs, como ganhos de cromossomos 1q, 2, 7q, 8, 12 e 13 e perdas de cromossomos 1p, 7p, 16q e 22q [29,30]. Alterações no número de cópias e perfis de expressão gênica foram associados à recaída, como em 2p (ganho no número de cópias) e 11p15 e 11p13 (perda de heterozigosidade). O ganho do número de cópias em 1q também foi associado a comportamento biológico adverso em TWs [31], sendo que o ganho do cromossomo 1q é uma das anormalidades citogenéticas mais comuns no TW [32]. A LOH em 1p ou 16q mostrou tendências para aumento dos riscos de recaída ou morte, sendo que a LOH em 1p e 16q na histologia favorável tem sido associada à doença resistente ao tratamento [20,33,34]. Em tumores sem quimioterapia neoadjuvante, a LOH de 1p e 16q combinada é associada ao pior prognóstico; e em tumores tratados ou não com quimioterapia, o ganho de 1q foi associado com recaída tumoral [31,35]. Outras alterações cromossômicas comuns em TW ocorrem em 17p (perda do numero de cópias; afetando TP53), associadas à histologia anaplásica [36]. O ganho do numero de cópias em MYCN foi observado em aproximadamente 13% dos casos de TW, sendo mais comum em casos anaplásicos (7 de 23 casos, 30%) [37]. Aproximadamente 70% dos TWs têm alterações no lócus 11p15 [27]. Outras alterações epigenéticas incluem metilação do DNA, maquinaria de biossíntese de miRNAs e modificações de histonas, sendo todos esses, processos que quando desregulados podem contribuir para o desenvolvimento e progressão de uma série de tumores sólidos pediátricos, incluindo os TWs [38,39]. A associação entre metilação do DNA de dinucleotídeos CpGs e câncer já é bem estabelecida. De forma geral, tumores apresentam hipometilação global do DNA em comparação aos tecidos adjacentes normais. Alterações de metilação do DNA gene-específica em TW foram descritas em regiões promotoras e enhancer de WT1 e SIX2, indicando que este mecanismo poderia ser um dos responsáveis pela modulação da expressão destes genes [40,41]. A hipermetilação de ilhas CpGs próximas a regiões 5' dos genes RASSF1A, TNFRSF12, MCJ e CALCA, bem como um perfil de hipometilação global também foram observados em TWs comparativamente ao tecido normal adjacente [42]. A importância da hipometilação global do DNA no câncer é evidenciada pela sua ocorrência generalizada e pelos achados de que esse padrão está muitas vezes significativamente associado a uma maior agressividade de alguns tipos de câncer e diminuição da sobrevida dos pacientes, [42-44],

Hipótese:

Data de Submissão do Projeto: 07/08/2019

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1409462.pdf

Versão do Projeto: 1

Página 3 de 8

O desenvolvimento e aplicação de novos ensaios em tumores pediátricos é necessário principalmente para melhorar a estratificação de risco, direcionando ou modificando os tratamentos específicos para cada paciente. Por um lado, existem os esforços para desescalonar as terapias (a intensidade e a quantidade de drogas), mantendo altas taxas de cura, porém reduzindo a toxicidade do tratamento. Os avanços na tecnologia de genética molecular, a possibilidade de estudar o genoma, transcriptoma e o metiloma em larga escala impulsionaram a pesquisa relacionada as causas e processos carcinogénicos. Estes estudos são essenciais para possibilitar a detecção de genes de predisposição, suscetibilidade a doenças complexas assim como sua evolução e resposta a tratamento. Estes estudos também exploram potenciais biomarcadores e alternativas de tratamento. A busca e a identificação de um biomarcador não (ou menos) invasivo que possa ser avaliado em sangue periférico para ser usado tanto no diagnóstico diferencial desses tumores (antes da intervenção cirúrgica) como para o seguimento de resposta do tumor ao tratamento tem grandes implicações para o paciente e para seu prognóstico. Ensaios clínicos sucessivos realizados pelo COG, pela Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica (SIOP) e outros grupos têm resultado em uma sobrevida global superior a 90% para pacientes com TW. Contudo, a sobrevida para certos subgrupos (como aqueles com características histológicas e moleculares desfavoráveis, doença bilateral e doença recorrente) permanece em torno de 50%. Assim, novas abordagens são necessárias para melhorar o resultado desses subgrupos, especialmente em casos de recorrência, onde apenas aproximadamente 50% sobreviverão [45,46]. Um importante primeiro passo para o desenho de protocolos de tratamento baseados nesses marcadores consiste na validação de biomarcadores candidatos em pacientes da nossa população. Por esta razão, a hipótese dos pesquisadores é de que os resultados do presente projeto servirão de subsídio para apoiar a utilização de biomarcadores auxiliares no diagnóstico e prognóstico dos TWs, bem como na estratificação de risco, monitoramento da terapia e recaida doença. Para isso, os esforços desta pesquisa se concentrarão em avaliar retrospectivamente os candidatos a biomarcadores 1p, 1q, 16q, 17p, MYNC e AMER1 em pacientes com TW tratados no Centro Infantil Boldrini em Campinas, São Paulo. Este projeto será desenvolvido em um ambiente hospitalar infantil que está associado com uma infraestrutura laboratorial e amplo acesso às tecnologias avançadas propostas nesse estudo. Contando com uma equipe multidisciplinar e o acesso às amostras dos pacientes, esta proposta traz um aspecto inovador no contexto mundial pelo fato de podermos acompanhar os niveis de DNA circulante durante o tratamento do paciente (para detecção de recaída tumoral) permitindo, se validado, a intervenção em um momento mais precoce da doença. Este projeto tem potencial de impactar a qualidade de vida de sobreviventes destes tumores e modificar o cenário de políticas públicas no tratamento atual da doença, além da oportunidade única de treinar e formar uma nova geração de cientistas e clínicos capacitados.

Objetivo Primário:

Caracterizar alterações moleculares genéticas e/ou epigenéticas para identificar e validar potenciais biomarcadores em tumores de Wilms que possam ser utilizados para estratificação de risco e/ou alvo terapêutico. Desenvolver um modelo animal para estudos pré-clínicos para testes de drogas como terapias alternativas de tumores de Wilms.

Objetivo Secundário:

 Avaliar, retrospectivamente, os candidatos a biomarcadores 1p, 1q, 16q, 17p, MYCN, AMER1 em material parafinado de pacientes com tumores de Wilms tratados no Centro Infantil Boldrini.2. Avaliar os mesmos marcadores em amostras congeladas de pacientes com tumores de Wilms que estejam em acompanhamento no hospital.3. Para os pacientes que apresentarem alterações de 1q e 17p, avaliar estas alterações em sangue periférico (amostras seriadas) para acompanhamento ao longo do tratamento.4. Coletar as informações clínicas e patológicas relevantes para o estudo para correlacionar com os achados moleculares.5. Caracterizar alterações genéticas e de níveis de expressão gênica associadas com os mecanismos epigenéticos alterados.

Metodologia Proposta:

Experimentos em material parafinado: avaliação de número de cópias de regiões cromossômicas e imuno-histoquímica. Experimentos em material congelado: validação dos achados em material parafinado e para técnicas que não funcionaram em material parafinado, determinação da expressão de genes específicos (qRT-PCR), relacionados com os mecanismos epigenéticos. Experimentos em material fresco: implante em modelo animal para teste de drogas.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos no estudo pacientes com idade inferior a 18 anos, com diagnóstico histopatológico de tumor de Wilms, realizado consecutivamente entre os anos 2000 e 2018. Os critérios para exclusão do estudo consistem na ausência de material biológico para análise, material com qualidade insatisfatória para análise e não consentimento do paciente ou responsável para participação no estudo.

Alterações em 1p, 1q, 16q, 17p, MYCN, AMER1 serão avaliadas em amostras de parafina de tumor de Wilms após avaliação do patologista para seleção de área viável. Inicialmente a possibilidade de usar material parafinado será avaliada, se não for possível devido às limitações técnicas, as amostras congeladas dos respectivos casos serão incluidas no projeto. O Centro Infantil Boldrini recebe, em média, 17 casos de tumores renais por ano, dos quais 90% são tumores de Wilms.

Preliminarmente, conforme informações concedidas pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Infantil Boldrini, foram registrados 172 pacientes portadores de TW no período de 2005 a 2018 no Hospital, sendo 89 femininos e 83 masculinos. Usando dados de literatura, estima-se que 25% dos pacientes recairam ou a doença progrediu durante o tratamento, dos quais 50% foram a óbito. Portanto, acreditamos que a maioria dos casos continua com situação ativa junto ao Hospital. É pertinente ressaltar que para ter acesso aos prontuários dos pacientes, é necessária a aprovação do projeto pelo CEP.

Os pacientes que atenderem aos critérios de inclusão e estiverem em tratamento ou em acompanhamento clínico após o término da terapia serão convidados a participar deste projeto de pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, em anexo a este projeto). Nesta ocasião, o pesquisador principal ou um pesquisador associado, junto ao médico responsável pela criança, explicitará a natureza da pesquisa, bem como seus objetivos, riscos e benefícios. Após o entendimento do sujeito da pesquisa ou seu responsável legal, será obtido o consentimento para utilização de amostra tumoral previamente ressecada com fins terapêuticos ou diagnósticos. Não será realizado nenhum procedimento adicional para retirada de material biológico exclusivo para utilização nesta pesquisa, portanto não estão previstos riscos e desconfortos físicos aos pacientes. Cabe ressaltar que o material biológico só será utilizado para os fins do estudo desde que não prejudique o diagnóstico do paciente. Nos casos em que o paciente tiver entre 06 e 17 anos de idade será aplicado também um termo de assentimento (TA, em anexo a este projeto), com linguagem compatível para melhor compreensão da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais.

Riscos:

Não estão previstos riscos e desconfortos aos pacientes que consentirem na participação desta pesquisa pois não será realizado nenhum procedimento adicional para retirada de material biológico exclusivo para utilização nesta pesquisa. O material a ser utilizado no estudo é parte daquele que fora previamente retirado em cirurgia com fins diagnósticos e/ou terapêtuticos. Cabe ressaltar que será utilizado somente o material excedente, não utilizado para o diagnóstico. Porém, qualquer risco eventual que aconteça no futuro em decorrência desta pesquisa, seja ele físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual será imediatamente considerado pelos pesquisadores e comunicado ao Comitê de Ética em Pesquisa para que seja avaliada a necessidade de modificar ou suspender o estudo.

Beneficios:

É importante esclarecer que não haverá beneficios terapêuticos imediatos para os participantes desta pesquisa. Estudos científicos

Data de Submissão do Projeto: 07/08/2019

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1409462.pdf

Página 4 de 8

Versão do Projeto: 1

baseiam-se na análise de grande número de amostras, sendo impossível estimar o beneficio individual de cada paciente incluído no estudo. Pode ser que os resultados deste estudo tragam um beneficio para uma parcela de pacientes no futuro. Estes resultados podem levar muitos anos para serem alcançados, por isso qualquer beneficio proveniente desse estudo, caso haja, será apenas em longo prazo. A expectativa é que os resultados deste estudo possam beneficiar pacientes com câncer somente em protocolos terapêuticos futuros.

Metodologia de Análise de Dados:

As análises dependem dos experimentos aplicados. Está prevista uma avaliação intermediária durante a execução deste estudo, quando for alcançada metade do número previsto de pacientes analisados. Isto será feito para identificar se algum método empregado apresenta resultados insatisfatórios no que diz respeito à reprodutibilidade de resultados. Caso seja identificada esta situação, o método será modificado e, em último caso, será suspenso para evitar o gasto desnecessário de material biológico e reagentes. Alterações de número de cópias e de expressão gênica serão comparados entre as amostras tumorais e não tumorais, retiradas no processo cirúrgico, sem nenhuma intervenção adicional. Os experimentos deverão ser feitos em triplicata para permitir as comparações.

Desfecho Primário:

Padronização de ensaios de baixo/médio custo como uma adição aos atuais fatores de estratificação dos pacientes com tumores de Wilms.

Desfecho Secundário:

Validação de biomarcadores para estratificação de pacientes com tumores de Wilms. Teste de drogas em em linhagens celulares e modelos xenografos de tumores de Wilms. Também se espera identificar com precisão os indivíduos candidatos a novas terapias, cujos tumores apresentamse refratários aos tratamentos atuais. **Tamanho da Amostra no Brasil:** 172

Países de Recrutamento

País de Origem do Estudo	País	Nº de participantes da pesquisa
Sim	BRASIL	172

Outras Informações

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim

Detalhamento

Os dados clínico-patológicos serão comparados entre as alterações moleculares identificadas pelo estudo para validação de sua aplicabilidade.

Informe o número de indivíduos abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofrerão algum tipo de intervenção neste centro de pesquisa:

0

Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro

ID Grupo	Nº de Indivíduos	Intervenções a serem realizadas
Pacientes com tumor de Wilms	0	nenhuma

O Estudo é Multicêntrico no Brasil?

Nāo

Propõe dispensa do TCLE?

Sim

Justificativa:

Aos pacientes que foram à óbito será solicitada ao Comitê de Ética em Pesquisa a dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A justificativa para esta solicitação baseia-se no potencial sofrimento dos familiares ao falarem a respeito do seu ente querido e sua doença. Também será solicitada dispensa de assinatura do TCLE para aqueles pacientes que não estão mais em acompanhamento de rotina no hospital, devido à não-atualização de seus endereços e telefones de contato. Também será solicitada dispensa de assinatura do TCLE para aqueles pacientes que, ao assinar o TCLE do Biobanco (CAAE 25574714.9.0000.5376, Biobanco do Centro Infantil Boldrini, Termo de consentimento: "Biobanco - TCLE.pdf") optaram por "Dispenso novo consentimento para as pesquisas com o material biológico e seus derivados,

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco?

Sim

Justificativa:

As amostras de ácidos nucléicos obtidas neste estudo constituem material de grande valor para pesquisas futuras. Por se tratar de um grupo amostral de pacientes pediátricos tratados e acompanhados em uma mesma instituição, muitos estudos futuros podem gerar dados importantes para a melhoria do entendimento da doença. Para evitar nova coleta ou redivisão de material nobre (tecido tumoral) no futuro, pretende-se armazenar o material excedente, não utilizado nesta pesquisa, em biorepositório específico, mediante autorização do paciente ou seu responsável legal. Os ácidos nucleicos serão armazenados em freezer -20°C em caso de DNA e freezer -70°C em caso de RNA. O armazenamento do material obedecerá as diretrizes da Resolução no 347, de 13 de Janeiro de 2005 e toda nova pesquisa a ser feita com o material armazenado será submetida para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP.

Cronograma de Execução

Identificação da Etapa	Início (DD/MM/AAAA)	Término (DD/MM/AAAA)
Submissão do trabalho	01/12/2020	01/12/2022

Data de Submissão do Projeto: 07/08/2019	Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1409462.pdf	Versão do Projeto: 1
--	--	----------------------

Página 5 de 8

Selecionar casuística de pacientes portadores de tumor de Wilms	15/08/2019	31/12/2019
Levantamento bibliográfico	15/Co/2019	31/12/2022
Avaliar os candidatos a biomarcadores Pression 17p, MYCN, AMER1	e Esc para sair da tela ir	nteira ₂₀
Comparação dos achados	01/04/2020	01/11/2020
Organizar as informações clínicas e patológicas relevantes para o estudo para correlacionar com os achados moleculares	01/02/2020	30/06/2020
Selecionar área viável tumoral e extração de material nucleico	15/08/2019	31/12/2019
Desenvolvimento e caracterização de modelo animal	01/06/2020	01/12/2022

Orçamento Financeiro

Identificação de Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Plásticos (tubos, ponteiras, placa de cultura etc)	Custeio	R\$ 7.000,00
Sondas para amplificação	Custeio	R\$ 10.700,00
Oligonucleotídeos	Custeio	R\$ 2.600,00
Kits de quantificação	Custeio	R\$ 3.700,00
Material de biologia molecular (dNTP, oligodT, TBE, PBS, Tampão, sais)	Custeio	R\$ 5.000,00
MasterMix Qpcr	Custeio	R\$ 7.800,00
Kits pipetas	Custeio	R\$ 13.000,00
Enzimas para PCR e RT-PCR	Custeio	R\$ 8.000,00
Kits extração DNA (250)	Custeio	R\$ 5.100,00
Total om R\$		R\$ 62 900 00

Outras informações, justificativas ou considerações a critério do pesquisador:

Este projeto conta com os recursos necessários para a sua execução concedidos pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) no valor de R\$ 110.000,00 remanescentes de projeto relacionado (FAPESP 2014/10.250-7, em anexo a este projeto, segue o Termo de Outorga do referido projeto FAPESP).

Bibliografia:

[1] Smith MA, Seibel NL, Altekruse SF, Ries LAG, Melbert DL, O'Leary M, et al. Outcomes for Children and Adolescents With Cancer: Challenges for the Twenty-First Century. J Clin Oncol 2010;28:2625–34. doi:10.1200/JCO.2009.27.0421. [2] Robison LL, Hudson MM. Survivors of childhood and adolescent cancer: life-long risks and responsibilities. Nat Rev Cancer 2014;14:61–70. doi:10.1038/nrc3634. [3] Green DM, Kun LE, Matthay KK, Meadows AT, Meyer WH, Meyers PA, et al. Relevance of historical therapeutic approaches to the contemporary treatment of pediatric solid rumors Pediatr Blood Cancer 2013;60:1083–94. doi:10.1002/pbc.24487. [4] Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. Science. 2019 Mar 15;363(6432):1182-1186. doi: 10.1126/science.aaw4892. Review. [5] Bhakta N, Liu Q, Ness KK, Baassiri M, Eissa H, Yeo F, et al. The cumulative burden of surviving childhood cancer: an initial report from the St Jude Lifetime Cohort Study (SJLIFE). Lancet (London, England) 2017;390:2569–82. doi:10.1016/S0140-6736(17)31610-0. [6] Feinberg AP, Ohlsson R, Henikoff S. The epigenetic progenitor origin of human cancer. Nat Rev Genet 2006;7:21–33. doi:10.1038/nrg1748. [7] Feinberg AP, Tycko B. The history of cancer epigenetics. Nat Rev Cancer 2004;4:143–53. doi:10.1038/nrc1279. [8] Gerlinger M, Rowan AJ, Horswell S, Larkin J, Endesfelder D, Gronroos E, et al. Intratumor Heterogeneity and Branched Evolution Revealed by Multiregion Sequencing. N Engl J Med 2012;366:883–92. doi:10.1056/NEJMoa1113205. [9] Vogelstein B, Papadopoulos N, Velculescu VE, Zhou S, Diaz LA, Kinzler KW. Cancer Genome Landscapes. Science (80-) 2013;339:1546–58. doi:10.1126/science.1235122.[10] Gröbner SN, Worst BC, Weischenfeldt J, Buchhalter I, Kleinheinz K, Rudneva VA, et al. The landscape of genomic alterations across childhood cancers. Nature 2018;555:321–7. doi:10.1038/nature25480. [11] Ma X, Liu Y, Liu Y, Alexandrov LB, Edmonson MN, Gawad C, et al. Pan-cancer genome and transcriptome analyses of 1,699 paediatric leukaemias and solid tumours. Nature 2018;555:371-6. doi:10.1038/nature25795.[12] Campbell BB, Light N, Fabrizio D, Zatzman M, Fuligni F, de Borja R, et al. Comprehensive Analysis of Hypermutation in Human Cancer. Cell 2017;171:1042–1056.e10. doi:10.1016/j.cell.2017.09.048. [13] Diaz LA, Bardelli A. Liquid Biopsies: Genotyping Circulating Tumor DNA. J Clin Oncol 2014;32:579–86. doi:10.1200/JCO.2012.45.2011. [14] Dawson S-J, Tsui DWY, Murtaza M, Biggs H, Rueda OM, Chin S-F, et al. Analysis of Circulating Tumor DNA to Monitor Metastatic Breast Cancer. N Engl J Med 2013;368:1199–209. doi:10.1056/NEJMoa1213261. [15] Heitzer E, Auer M, Gasch C, Pichler M, Ulz P, Hoffmann EM, et al. Complex Tumor Genomes Inferred from Single Circulating Tumor Cells by Array-CGH and Next-Generation Sequencing. Cancer Res 2013;73:2965-75. doi:10.1158/0008-5472.CAN-12-4140. [16] Geller E, Smergel EM, Lowry PA. Renal neoplasms of childhood. Radiol Clin North Am 1997;35:1391–413. [17] Charles AK, Vujani GM, Berry PJ. Renal tumours of childhood. Histopathology 1998;32:293–309. [18] Ries, L.A.G.; et al. Cancer Incidence and Survival among Children and Adolescents: United States SEER Program 1975-1995, National Cancer Institute, SERP rogram. NIH Pub. And 99-4649. Bethesda, MD, 1999. [19] Heck JE, He D, Janzen C, Federman N, Olsen J, Ritz B, Hansen J. Fetal programming and Wilms tumor. Pediatr Blood Cancer. 2019 Jan;66(1):e27461. doi:10.1002/pbc.27461. [20] Dome JS, _____ Fernandez C V, Mullen EA, Kalapurakal JA, Geller JI, Huff V, et al. Children's Oncology Group's 2013 blueprint for research: renal tumors. Pediatr Blood Cancer 2013;60:994–1000. doi:10.1002/pbc.24419. [21] Wong K-F; Reulen R; Winter D; Guha J; Fidler M; Kelly J; et al. Risk of Adverse Health and Social Outcomes Up to 50 Years After Wilms Tumor: The British Childhood Cancer Survivor Study. J Clin Oncol 2016;34:1772. doi:10.1200/JCO.2015.64.4344. [22] van den Heuvel-Eibrink MM, Hol JA, Pritchard-Jones K, van Tinteren H, Furtwängler R, Verschuur AC, et al. Position paper: Rationale for the treatment of Wilms tumour in the UMBRELLA SIOP_RTSG 2016 protocol. Nat Rev Urol 2017;14:743–52. doi:10.1038/nrurol.2017.163. [23] Phelps H, Kaviany S, Borinstein S, Lovvorn H. Biological Drivers of Wilms Tumor Prognosis and Treatment. Children 2018;5:145. doi:10.3390/children5110145. [24] Beckwith, J.B.; Kiviat, N.B.; Bonadio, J.F. Nephrogenic rests, nephroblastomatosis, and the pathogenesis of Wilms' tumor. Pedriatr Path 10(1-2): 1-36, 1990. [25] Vuononvirta R, Sebire NJ, Dallosso AR, Reis-Filho JS, Williams RD, Mackay A, et al. Perilobar Nephrogenic Rests Are Nonobilgate Molecular Genetic Precursor Lesions of Insulin-Like Growth Factor-II-Associated Wilms Tumors. Clin Cancer Res 2008;14:7635-44. doi:10.1158/1078-0432.CCR-08-1620. [26] Schumacher V, Schuhen S, Sonner S, Weirich

130

Data de Submissão do Projeto: 07/08/2019

Nome do Arguivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1409462.pdf

Versão do Projeto: 1

Página 6 de 8

A, Leuschner I, Harms D, et al. Tw	vo molecular subgroup	s of Wilms' tumors	s with or without WT	1 mutations. Cli	in Cancer Res 20	03;9:2005-14. [27]
Scott RH, Murray A, Baskcomb L,	Turnbull C, Loveday C	, Al-Saadi R, et a	 Stratification of Wi 	Ims tumor by ge	enetic and epigen	etic analysis.
Oncotarget 2012-3 doi-10 18632/	oncotarget 468, [28] G	add S. Huff V. Hu:	and C.C. Ruteshous	er EC Dome I	S. Grundy PF of	al. Clinically relevan

la tela inteira

subsets identified by gene	expression patterns support a r	evised o	stogenic model of W
2012;14:742-56. [29] Willia	ms RD, AL Pressione 1	Esc	para sair c
and anaplasia-specific loss	of 4q and 14q in wilms tumor.	Genes, (hromosom Cancer :

nt roup Study. Neoplasia frequent gain of MYCN 0907. [30] Höglund M. ogenet 2004;150:9-15

Gisselsson D, Hansen GB, Obsetsort D, rander GD, and a random SD, and a random set of the result of the resu Ja Gain With Inferior Survival in Favorable-Histology Wilns Tumor: A Report From the Children's Oncology Group. J Clin Oncol 2016;34:3189–94. doi:10.1200/JCO.2015.66.1140. [33] Grundy PE, Telzerow PE, Breslow N, Moksness J, Huff V, Paterson MC. Loss of heterozygosity for chromosomes 16q and 1p in Wilms' tumors predicts an adverse outcome. Cancer Res 1994;54:2331-3. [34] Grundy PE, Breslow NE, Li S, Perlman Childrids Tegrate and the first winnes beneficial and verse boliconies catterines (1994;54:231-231) (Still of PC, Brestow Re, 1994;54:231-231) (Still of PC, Brestow Re, 1994;54:231) (Still of PC, Brestow Re, 1994;54:231) (Still of PC, 1994;54:231) Wilms' tumour, a subtype displaying poor prognosis, harbours p53 gene mutations. Nat Genet 7: 91-97. DOI: 10.1038/ng0594-91. [37] Williams RD, Chagtai T, Alcaide-German M, Apps J, Wegert J, Popov S, et al. Multiple mechanisms of MYCN dysregulation in Wilms tumour. Oncotarget 2015;6:7232–43. doi:10.18632/oncotarget.3377. [38] Baylin SB, Jones PA. A decade of exploring the cancer epigenome — biological and translational implications. Nat Rev Cancer 2011;11:726–34. doi:10.1038/nrc3130. [39] Lawlor ER, Thiele CJ. Epigenetic Changes in Pediatric Solid Tumors: Promising New Targets. Clin Cancer Res 2012;18:2768–79. doi:10.158/10078-0432.CCR-11-1921. [40] Mares J, Kriz V, Weinhäuse Sin Vodicková S, Kodet R, Haas OA, et al. Methylation changes in promoter and enhancer regions of the WT1 gene in Wilms' tumours. Cancer Lett 2001;166:165–71. [41] Metsuyanim S, Pode-Shakked N, Schmidt-Ott KM, Keshet G, Rechavi G, Blumental D, et al. Accumulation of Malignant Renal Stem Cells Is Associated with Epigenetic Changes in Normal Renal Progenitor Genes. Stem Cells 2008;26:1808–17. doi:10.1038/sj.onc.1205890. [43] Itano O, Ueda M, Kikuchi K, Hashimoto O, Hayatsu S, Kawaguchi M, et al. Correlation of postopregative recurrence in honsellular caringma with domethylation of cancellive sequences. Oncogene 2002;21:6694–702. doi:10.1038/sj.onc.1205890. [43] Itano O, Ueda M, Kikuchi K, Hashimoto O, Hayatsu S, Kawaguchi M, et al. Correlation of postopregative recurrence in honsellular caringma with domethylation of cancellive sequences. Oncogene 2002;21:789–97 postoperative recurrence in hepatocellular carcinoma with demethylation of repetitive sequences. Oncogene 2002;21:789–97. doi:10.1038/sj.onc.1205124. [44] Widschwendter M, Jiang G, Woods C, Müller HM, Fiegl H, Goebel G, et al. DNA Hypomethylation and Ovarian Cancer Biology. Cancer Res 2004;64:4472–80. doi:10.1158/0008-5472.CAN-04-0238. [45] Pritchard-Jones K, Sullivan R. Children with cancer: Cancer Biology. Cancer Res 2004;04:4472-80. doi:10.1156/0006-5472.CAV-94-0258. (19) Fritchard-Unles K, Sullivan R. Cinilaren wind cancer: driving the global agenda. Lancet Oncol 2013;14:189–91. doi:10.1016/S1470-2045(13)70043-3. [46] Kalapurakal JA, Nan B, Norkool P, Coppes M, Perlman E, Beckwith B, et al. Treatment outcomes in adults with favorable histologic type Wilms tumor—an update from the National Wilms Tumor Study Group. Int J Radiat Oncol 2004;60:1379–84. doi:10.1016/j.ijrobp.2004.05.057. [47] Maschietto, M.; Williams, R.D.; Chagtai, T.; Popov, S.D.; Sebire, N.J.; Vujanic, G.; Perlman, E.; Anderson, J.R.; Grundy, P.; Dome, J.S.; Pritchard-Jones, K. TP53 mutational status is a potential marker for risk stratification in Wilms tumour with diffuse anaplasia. PLoS One 9:e109924, 2014. [48] Bardeesy, N.; Falkoff, D.; Petruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D. Advension M.G. Conversion J. R.; Zhong, T. Deltari, J. Cancer, J. R.; Barder, D.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D. Advension M.G. Conversion J. R.; Zhong, T. Deltari, J. Cancer, J. R.; Cancer, J. R.; Cancer, J. R.; Shardi, D.; Petruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D.; Advension M.G.; Cancer, T. Deltario, J. R.; Cancer, J. R.; Cancer, J. R.; Cancer, J. R.; Cancer, J. R.; Zhong, J.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D.; Advension M.; Kancer, T.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D.; Advension M.; Cancer, T.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D.; Advension M.; Cancer, T.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D.; Advension M.; Marker, D.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D.; Advension M.; Cancer, T.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D.; Advension M.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, D.; Advension M.; Cancer, T.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, M.; Kanger, T.; Potruzzi, M.; Potruzzi, M.J.; Nowak, N.; Zabel, M.; Kanger, T.; Potruzzi, M.; Sabel, M.; Kanger, T.; Potruzzi, M.; Sabel, M.; Kanger, T.; Potruzzi, M.; Sabe B.; Adam, M.; Aguiar, M.C.; Grundy, P.; Shows, T.; Pelletier, J. Anaplastic Wilms' tumour, a subtype displaying poor prognosis, harbours p53 gene mutations. Nat Genet 7(1): 91-7, 1994. [49] D'Angio, G.J. Pre-or post-operative treatment for Wilms tumor? Who, what, when, where, how, why--and which. Pediatric Blood & Cancer, v. 41, n. 6, p. 545- 549, 2003. [50] Wegert, J.; Wittmann, S.; Leuschner, I.; Geissinger, E.; Graf, N.; Gessler, M. WTX inactivation is a frequent, but late event in Wilms tumors without apparent clinical impact. Genes Chromosomes Cancer 48(12): 1102-11, 2009.

Upload de Documentos

Arquivo Anexos:

Tipo	Arquivo
Outros	Termo_de_Responsabilidade_e_Comprometimento.docx
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_12_a_17_anos.docx
Orçamento	Termo_de_Outorga_Projeto_Fapesp.pdf
Outros	Formulario.docx
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsavel_Legal.docx
Outros	Biobanco_CEP.pdf
Outros	Biobanco_CONEP.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_6_a_11_anos.docx
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_12_a_17_anos.docx
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_18_anos_ou_mais.docx
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DISPENSA_DO_TCLE.docx
Outros	Formulario.docx
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_6_a_11_anos.docx
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Formulario.docx

Data de Submissão do Projeto: 07/08/2019

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1409462.pdf

Versão do Projeto: 1

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tumor_de_Wilms.docx	
TCLE / Termos de Assentimiento / Justificativa de Ausência Projeto Detalhado / Brochura Investiga	DISPENSA DO_TCLE.docx e. Esc. para sair da tela inteira	
Outros	Biobanco_TCLE.pdf	
Outros	Biobanco_CEP.pdf	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_18_anos_ou_mais.docx	
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de TCLE_Responsavel_Legal.docx Ausência		

Finalizar

Manter sigilo da integra do projeto de pesquisa: Sim

Prazo: Até a publicação dos resultados

Data de Submissão do Projeto: 07/08/2019

Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1409462.pdf

Versão do Projeto: 1

Página 8 de 8

Amostra	Qubit (ng/ul)	Biodrop (A260/280)
247/17	156,0	1.835
269/17	51,3	1.857
322/17	165,0	1.854
328/17	453,0	1.798
517/18	140,0	1.821
047/20 H	225,0	1.844
249/20	740,0	1.783
348/20 T1	76,9	1.827
242/19	194,0	1.836
082/19	114,0	1.675
348/20 T2	162,0	1.717
202/18	257,0	1.842
045/19	474,0	1.825
484/19	116,0	1.825
348/20 T3	146,0	1.830
064/20 H	48,4	1.556
396/10	176,0	1.820
773/09	160,0	1.869
137/19	234,0	1.861
694/09	510,0	1.872
171/05	72,8	1.860
013/05	62,7	1.862
279/14	47,8	1.844
218/05	81,9	1.743
540/09	377,0	1.797
037/06	710,0	1.866
248/05	146,0	1.730
757/06	25,6	1.727
434/07	840,0	1.850
831/09	159,0	1.750
239/11	37,3	1.833
214/17	189,0	1.839
583/17	250,0	1.854
433/18	284,0	1.814

 Tabela 9 - Quantificação de DNA das amostras tumorais congeladas.

562/18	94,3	1.800
512/19	197,0	1.843
554/19	92,4	1.836
427/06	320,0	1.851
523/06	154,0	1.868
742/07	386,0	1.862
105/09	620,0	1.847
488/09 A	97,2	1.837
488/09 B	109,0	1.822
154/11	388,0	1.836
546/05	860,0	1.855
119/18	75,6	1.858
208/18	387,0	1.852
422/18	90,8	1.812
541/19	364,0	1.854



Quadro 6 - Painéis de MLPA de todos os pacientes analisados.

































































































for Monitoring of Pediatric Patients with Cancer"





Somatic Copy Number Alteration in Circulating Tumor DNA for Monitoring of Pediatric Patients with Cancer

Juliana Silveira Ruas ¹^(D), Felipe Luz Torres Silva ^{1,2}^(D), Mayara Ferreira Euzébio ^{1,2}, Tássia Oliveira Biazon ^{1,2}, Camila Maia Martin Daiggi ³, Daniel Nava ³, Mayra Troiani Franco ³, Izilda Aparecida Cardinalli ³, Alejandro Enzo Cassone ³, Luiz Henrique Pereira ³, Ana Luiza Seidinger ¹, Mariana Maschietto ^{1,2}^(D) and Patricia Yoshioka Jotta ^{1,*}^(D)

- ¹ Research Center, Boldrini Children's Hospital, Campinas 13083-884, SP, Brazil; ruasjulianas@gmail.com (J.S.R.); felipeluztorres@outlook.com (FL.T.S.); ma.euzebio@gmail.com (M.F.E.);
- tassiabiazon@gmail.com (T.O.B.); analuseidinger@gmail.com (A.L.S.); marianamasc@gmail.com (M.M.)
 ² Genetics and Molecular Biology, Institute of Biology, State University of Campinas,
- Campinas 13083-862, SP, Brazil
- Boldrini Children's Hospital, Campinas 13083-210, SP, Brazil; camilammdaiggi@gmail.com (C.M.M.D.); danielnava@gmail.com (D.N.); izilda.cardinalli@boldrini.org.br (I.A.C.);
- alejandro.cassone@boldrini.org.br (A.E.C.); drluizhpereira@gmail.com (L.H.P.) Correspondence: jottapaty@gmail.com

Abstract: Pediatric tumors share few recurrent mutations and are instead characterized by copy number alterations (CNAs). The cell-free DNA (cfDNA) is a prominent source for the detection of cancer-specific biomarkers in plasma. We profiled CNAs in the tumor tissues for further evaluation of alterations in 1q, *MYCN* and 17p in the circulating tumor DNA (ctDNA) in the peripheral blood at diagnosis and follow-up using digital PCR. We report that among the different kinds of tumors (neuroblastoma, Wilms tumor, Ewing sarcoma, rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma, osteosarcoma and benign teratoma), neuroblastoma presented the greatest amount of cfDNA, in correlation with tumor volume. Considering all tumors, cfDNA levels correlated with tumor stage, metastasis at diagnosis and metastasis developed during therapy. In the tumor tissue, at least one CNA (at *CRABP2, TP53,* surrogate markers for 1q and 17p, respectively, and *MYCN*) was observed in 89% of patients. At diagnosis, CNAs levels were concordant between tumor and ctDNA in 56% of the cases, and for the remaining 44%, 91.4% of the CNAs were present only in cfDNA and 8.6% only in the tumor. Within the cfDNA, we observed that 46% and 23% of the patients had *MYCN* and 1q gain, respectively. The use of specific CNAs as targets for liquid biopsy in pediatric patients with cancer can improve diagnosis and should be considered for monitoring of the disease response.

Keywords: cell-free DNA; circulating tumor DNA; copy number alterations; digital PCR; MYCN; 1q

1. Introduction

Pediatric tumors represent a heterogeneous group of malignancies, including embryonic tumors, which are composed of undifferentiated cells left over from the early stages of embryo development [1]. These tumors can arise in different organs and typically affect children and young adults. The most common types of embryonal tumors are neuroblastoma, Wilms tumor, retinoblastoma, hepatoblastoma, central nervous system tumors and several kinds of sarcoma [2–4]. Given their lack of differentiation as well as their elevated growth potential, this group of tumors may behave aggressively, and treatment approaches have had variable success, depending on tumor type [4]. Molecular profiles obtained from these pediatric tumors are typically characterized by a relatively low mutational burden, with a high prevalence of structural variations, e.g., chromosomal rearrangements and copy number alterations (CNAs) driving tumorigenesis [5–7]. Solid pediatric cancers besides

Biomedicines 2023, 11, 1082. https://doi.org/10.3390/biomedicines11041082

Citation: Ruas, J.S.; Silva, F.L.T.; Euzébio, M.F.; Biazon, T.O.; Daiggi, C.M.M.; Nava, D.; Franco, M.T.; Cardinalli, I.A.; Cassone, A.E.; Pereira, I.H.; et al. Somatic Copy Number Alteration in Circulating Tumor DNA for Monitoring of Pediatric Patients with Cancer. *Biomedicines* 2023, 11, 1082. https://doi.org/10.3390/ biomedicines11041082

Academic Editors: Randolph C. Elble and Khalil Helou

Copyright: © 2023 by the authors

Licensee MDPI, Basel, Switzerland.

This article is an open access article

distributed under the terms and

conditions of the Creative Commons

Attribution (CC BY) license (https://

creativecommons.org/licenses/by/

Received: 31 January 2023 Revised: 2 March 2023 Accepted: 8 March 2023 Published: 3 April 2023



4.0/).

embryonic tumors include some sarcomas (including osteosarcomas), central nervous system tumors and, more rarely, histologies usually found in adults [8].

CNAs have been profiled in thousands of tumor samples in virtually all cancer types [9]. In a series of 1699 pediatric tumors, 62% of the alterations were located in a CNA with many of them containing genes associated with cancer [8]. For several cancers, the chromosomal copy number profile of tumor tissue is not only prognostic but also a predictive biomarker of therapeutic response. For Wilms tumors, 1q and *MYCN* gains, as well as 17p loss, were correlated with a poor outcome [10–13]. For neuroblastoma, *MYCN* amplification, 1q gain as well as 1p and 11q deletions were independent predictors of decreased overall survival [14]. Although rare, CNAs have been reported in sarcomas and may be associated with a poor prognosis [15,16]. In particular, *MYCN* gain was associated with an adverse prognosis in patients with rhabdomyosarcoma [17].

Recurrent CNAs in *MYCN*, 1q and 17p loci are considered good biomarkers for cancer monitoring through circulating tumor DNA (ctDNA) detection in liquid biopsy since they are reported in several pediatric malignancies [18–24] and can be identified using accessible methodologies, such as digital PCR (dPCR) and qPCR [25]. Although dPCR provides limited information regarding the profile of alterations, it has a low cost and high sensitivity. Therefore, once the target regions are identified, great precision can readily be achieved with the depth of dPCR [26]. Although CNAs are present in several cancers, their measurement or even identification can be attenuated by sample heterogeneity, meaning precise measurements of this kind are required to discriminate small differences from normal [27].

ctDNA levels are associated with the prognosis and may assist in the disease monitoring of patients diagnosed with a wide range of malignancies, e.g., prostate, breast, bladder and ovarian cancer [25,28–33]. In patients diagnosed with osteosarcoma, higher ctDNA levels were associated with a worse prognosis [34]. ctDNA seems to present higher sensitivity compared to the plasma protein biomarkers (such as AFP, CEA and PSA), circulating tumor cells and miRNAs [29,35,36]. In hepatoblastomas, ctDNA was considered a more accurate indicator of disease severity and a better biomarker to track the dynamic tumor response compared to AFP [37].

In this study, we profiled CNAs in the tumor tissue from pediatric cancer, including embryonic tumors, followed by further evaluation of CNAs in 1q, *MYCN* and 17p in the circulating cell-free DNA (cfDNA) from plasma samples for long-term disease monitoring through liquid biopsy.

2. Materials and Methods

2.1. Patient Eligibility and Sample Collection

This study only included Boldrini Children's Hospital patients who were diagnosed with cancer and who had (patient and/or parents) signed informed consent at the time of the enrolment. Pediatric patients with a pathology-confirmed diagnosis of Wilms tumor (n = 14), neuroblastoma (n = 10), Ewing sarcoma (n = 4), rhabdomyosarcoma (n = 4), leiomyosarcoma (n = 1), osteosarcoma (n = 1) or benign teratoma (n = 1) were included if a plasma sample was available for collection prior to initiation of any curative intervention. Clinical, image-based and pathological data were retrieved from medical records, such as histological diagnosis, stage, metastatic status at diagnosis and follow-up. We used tumor volumes obtained using computed tomography, which derived the measures using the Multislice technique, before and after intravenous injection of iodine contrast, with multiplanar reforms.

For all 35 patients, DNA from the fresh-frozen tumor tissue and ctDNA from the peripheral blood were analyzed before initiation of any treatment. On therapy, or after completion of treatment, blood samples were also collected for 7 patients (2 Wilms tumor, 3 neuroblastoma, 1 rhabdomyosarcoma and 1 osteosarcoma); these time points coincided with surveillance scans over therapy courses.

Tissue samples were then snap-frozen in RNA (Thermo Fisher Scientific, Waltham, MA, USA), and blood samples were collected in an EDTA tube that was processed within 6 h. Samples were centrifuged at 2000 × g for 15 min at room temperature (RT) for plasma isolation, and then an additional high-speed centrifugation step ($3000 \times g$ for 15 min at RT) was performed to ensure that the plasma was cell-free.

2.2. Characterization of the Copy Number Alterations (CNAs) in the Tumors

The GenElute Mammalian Genomic DNA Miniprep Kit (Sigma, St Louis, MO, USA; cat. ID: G1N70-1KT) was used for DNA extraction. DNA samples from tumor tissues were bisulfite converted using an EZ DNA Methylation Kit (Zymo Research, Irvine, CA, USA; cat. ID: D5002) and hybridized in EPIC Beadchip Methylation arrays (Illumina, San Diego, CA, USA). Copy number profiles were retrieved by applying the conumee package [38], which uses the sum of methylated and unmethylated signal intensities compared against healthy reference samples [39]. We determined the can status (diploid, gain or loss) by visual inspection.

For 8 samplecanCNA data were retrieved from the SALSA MLPA (Multiplex Ligationdependent Probe Amplification; MRC Holland, Amsterdam, The Netherlands) kit using the Probemix P380-B1, following the manufacturer's instructions. The results were analyzed on Coffalyser.Net.

2.3. ctDNA Analysis

Cell-free DNA was extracted from 1 mL of plasma using the QIAamp MinElute ccfDNA Mini Kit (Qiagen, Hilden, Germany; cat. ID: 55204). Cell-free DNA was quantified using the Qubit dsDNA High Sensitive Assay Kit (Invitrogen, Waltham, MA, USA; cat. ID: Q32854).

The dPCR assay was performed using the QIAcuity Probe PCR Kit (Qiagen, Hilden, Germany; cat. ID: 250102) in the QIAcuity One (Qiagen, Hilden, Germany). Reactions were set up for Nanoplate 26K 24-well plates (Qiagen, Hilden, Germany) in a volume of 40 μ L consisting of 1× Probe PCR Master Mix (Qiagen, Hilden, Germany), 1× primer–probe mix (Thermofisher, Waltham, MA, USA; cat. ID: Hs05712931, Hs00824796, Hs05506931) as well as 1 ng DNA template. Probes located at *CRABP2* (1q23, to represent 1q), *MYCN* (2p24) and *TP53* (17p13, to represent 17p) were labeled with FAM, and the internal control Copy Number Reference Assay RNaseP (Applied Biosystems, Waltham, MA, USA; cat. ID: 4403328) was labeled with VIC. NTCs contained purified water instead of cfDNA. RNAseP was used for normalization considering unknown and known technical biases, such as pipetting and presence of inhibitors. Our assays provided specific duplexed detection of the target and RNAseP.

Analysis was carried out in the QIAcuity Software Suite, version 2.1.7. 182 (Qiagen, Hilden, Germany), which defined fluorescence thresholds automatically. To enhance the accuracy of concentration measurements, the volume precision factor (VPF), which adjusts for tiny variations in nanoplate geometry, was applied, as recommended by the manufacturer.

2.4. Data Analysis

ctDNA was measured in ng/µL per 1 mL of plasma. Values were plotted in violin and correlations graphs using GraphPad Prism, version 9.0 (GraphPad Software). Statistical tests were applied according to the samples' grouping and distribution. Differences in cfDNA or ctDNA between groups were calculated using the Mann–Whitney test (2 groups) or the Kruskal-Wallis test (3 or more groups). Spearman's one-tailed test was used to verify whether ctDNA was correlated with tumor characteristics.

3. Results

3.1. Characterization of 1q, MYCN and 17p Copy Number Status in the Tumors

Patients with a histological diagnosis of a tumor that had primary tumor tissue characterized for CNAs were evaluated using dPCR in the peripheral blood (Figure 1). Characteristics of the 35 patients and tumors were retrieved from medical records. Most patients were diagnosed with neuroblastoma, Wilms tumor, Ewing sarcoma or rhabdomyosarcoma. There was one case of each of leiomyosarcoma, osteosarcoma and benign teratoma (Table 1).



Figure 1. Overview of the study. Tumor tissue and whole blood were collected from pediatric patients diagnosed with cancer. Tumor tissue DNA was extracted and underwent either bisulfite conversion followed by hybridization in the EPIC BeadChip Methylation Arrays or SALSA MLPA assay. CNAs were obtained from either EPIC or MLPA data. Tumors with 1q gain, MYCN gain or TP53 gain/loss were selected for dPCR. Plasma was used for cfDNA extraction and for CNAs' evaluation. WT, Wilms tumor; NB, neuroblastoma; ES, Ewing sarcoma; RMS, rhabdomyosarcoma; LMS, leiomyosarcoma; OS, osteosarcoma; and BT, benign teratoma.

Table 1. Characteristics of the	patients and tumors.
---------------------------------	----------------------

Clinical Variable	Patients, No. (%)		
Patients	35 (100%)		
Sex			
Male	18 (51%)		
Female	17 (49%)		
Age, years			
1-10	29 (83%)		
>10	6 (17%)		
Diagnosis			
Wilms tumor	14 (40%)		
Neuroblastoma	10 (29%)		
Ewing Sarcoma	4 (11%)		
Rhabdomyosarcoma	4 (11%)		
Others	3 (9%)		
Tumor Volume			
<50	5 (14%)		
50-100	1 (3%)		
101-500	16 (46%)		
501-1000	8 (23%)		
>1000	4 (11%)		
Unknow	1 (3%)		

4 of 14

- 3	16	м	. 1	4

1000 00 1		100	
Tab	e 1	C (1917	
		No. Artena	

Clinical Variable	Patients, No. (%)	
Clinical Stage		
11	1 (3%)	
11	9 (26%)	
ш	10 (29%)	
IV	13 (37%)	
Unknow	2 (6%)	
Metastasis at diagnosis		
Yes	17 (49%)	
No	18 (51%)	
Metastasis during the treatment		
Yes	11 (31%)	
No	19 (54%)	
Unknow	5 (14%)	
cfDNA levels (ng/mL plasma)		
<10	10 (29%)	
10-50	13 (37%)	
51-100	6 (17%)	
>100	6 (17%)	

The tumor samples were analyzed for CNAs of 1q, MYCN and TP53. Other CNAs present in these samples were not used for this study. Copy number profiling was derived from EPIC Beadchip arrays that showed 10 out of 26 tumors with a CNA. MLPA reported that four out of eight tumors also had at least one CNA. There were seven cases with 1q gain, nine with MYCN gain, one with TP53 loss and four with TP53 gain.

3.2. cfDNA Levels Reflect the Tumor Burden of Pediatric Patients at Diagnosis

cfDNA was extracted from the peripheral blood of patients before they began treatment. The cfDNA levels ranged from 2.16 ng to 334 ng per 1 mL of plasma (Table 1). Comparing the cfDNA levels/mL plasma between tumor types, neuroblastoma had higher median values, followed by Wilms tumor, Ewing sarcoma and rhabdomyosarcoma (p = 0.0185) (Figure 2A).

To investigate whether cfDNA had a relation to tumor burden, for all tumors, we compared the tumor characteristics with cfDNA levels. We observed that cfDNA levels were higher in patients with stage IV tumors compared to stages I/II (p = 0.0227) and stage III (p = 0.0303) in patients with metastasis at diagnosis (p = 0.0153) and in those who developed metastasis during treatment (p = 0.0264, Figure 2B–D). Although we did not identify an association with tumor histology, for neuroblastoma, we verified a correlation between cfDNA (ng/mL plasma) and the tumor volume (p = 0.0172; $R^2 = 0.5267$) (Figure 3). For the remaining cases, there was no association between cfDNA levels and clinical characteristics of each tumor type (Table 2).



Figure 2. cfDNA levels at diagnosis were evaluated regarding the tumor characteristics. Statistically significant comparison where indicated by "*". (**A**): cfDNA ng per mL plasma across tumor histologies (p = 0.0201, Kruskal–Wallis test). (**B**): cfDNA ng per mL plasma correlated with tumor stage (I/II-IV: p = 0.0227, III-IV: p = 0.0303). (**C**): Metastatic patients (n = 17) had higher levels of cfDNA at diagnosis compared with nonmetastatic patients (n = 18, p = 0.0153, Mann–Whitney U test). (**D**): Patients who developed metastasis during treatment (n = 11) also had higher levels of cfDNA compared to those who did not (n = 19, p = 0.0264, Mann–Whitney U test).



Figure 3. Correlation between cfDNA ng per mL plasma and tumor volume (Spearman's correlation and linear regression). (A): cfDNA ng per mL plasma did not correlate with volume when all tumors were used. Considering each tumor type, (B): there was a correlation for neuroblastoma but not for (C): Wilms tumor or (D): sarcomas (Ewing sarcoma, embryonal rhabdomyosarcoma, osteosarcoma and leiomyosarcoma).

Clinical Variable	1	Patients, No. (%)		
Clinical Stage	WT	NB	Sarcomas	Statistical Test	
1	0	0	1 (10%)		
П	6 (43%)	2 (20%)	1 (10%)		
Ш	5 (36%)	0	5 (50%)	Not applied	
IV	3 (21%)	8 (80%)	2 (20%)		
Unknow	0	0	1 (10%)		
Correlation cfDNA levels vs. tumor staging					
I/II vs. III	p = 0.99		p = 0.66		
I/II vs. IV	p = 0.99	p = 0.18	p = 0.05	Mann-Whitney test and Kruskal-Wallis test.	
III vs. IV	p = 0.99		p = 0.32		
Correlation cfDNA levels vs. tumor volume					
	p = 0.08	p = 0.02	p = 0.29	Spearmen test.	
cfDNA levels and metastasis vs. no-metastasis at diagnosis					
	p = 0.70		p = 0.12	Mann-Whitney test.	
of DNA levels and m	dadade un no-	motoclasis durb	na incalment	# Statistics cannot be performed.	
CILDINA levels and m	custasis vs. no-	metastasis duri	ng treatment		
	p = 0.94	#	p = 0.50	Mann-Whitney test.	
				# Statistics cannot be performed.	

3.3. CtDNA Plasma from Patients at Diagnosis Reflects CNA Status of the Tumor Tissues

At diagnosis, at least one tumor variant was detected in 31 out of 35 (89%) patients. From 79 tumor/cfDNA paired analyses, discordant genomic profiles represented 44%, of which 91% of CNAs were present only in cfDNA and 8.6% only in tumors (Figure 4).



Figure 4. MYCN, CRABP2 (1q) and TP53 (17p) CN for tumor and peripheral blood. NB, neuroblastoma; WT, Wilms tumor; SARC, sarcomas; and BT, benign teratoma. Numbers refer to copy number of the target regions relative to RNAseP. The parameters for gain and loss are also displayed.

Considering only the ctDNA, the most common alteration at diagnosis was in 17p (83.3%, gain), followed by 1q (48%, of these 66.7% won and 33.3% lost) and MYCN (47%, gain). The MYCN gain was found in six out of nine neuroblastomas analyzed, four out of fourteen in Wilms tumors analyzed and six out of eight sarcomas analyzed.

In seven cases, serial plasma samples (one or two) were available for liquid biopsy and we checked for the presence of the CNAs characterized at the time of diagnosis (Figure 5).

7 of 14



8 of 14



Figure 5. CtDNA CNA in follow-up samples from seven cases. CNAs in the tumor samples at diagnosis were characterized by methylome or MLPA. Genes evaluated in the ctDNA are labeled in blue. The ctDNA levels at diagnosis and in follow-up samples (graphs on the right) were determined by dPCR. The numbers contained within the arrows represent the time (in months) between the analyses performed at diagnosis and at follow-up. Chemo, chemotherapy.

Patient NB-006 had a neuroblastoma in which MYCN was not amplified in the sample assayed for CNA. However, the ctDNA showed an increase in the MYCN levels at diagnosis that decreased after 5 months, when ctDNA was re-evaluated. At this point in time, the tumor histology showed that the tumor comprised up to 8% immature neuroblasts, and the remaining cells were considered ganglioneuroma. Similarly, patient SARC-0027 was diagnosed with embryonal rhabdomyosarcoma with MYCN gain at diagnosis. Following chemotherapy, ctDNA levels increased and then decreased at the end of treatment, in agreement with the non-detection of tumor cells by standard tests. Patients NB-008 and NB-009 were both diagnosed with neuroblastoma with high amplification of MYCN. The

ctDNA levels remained high or did not change over a period of two evaluations, with both patients eventually dying of the disease.

The three other patients, WT-0021 (Wilms tumor), WT-0022 (Wilms tumor) and SARC-0031 (osteosarcoma), presented heterogeneous ctDNA levels in relation to the tumor tissue regarding the CNAs. WT-0021 had CRABP2 and TP53 gain at diagnosis that were normal in follow-up samples, but MYCN increased during follow-up. The patient is now out of treatment and does not have a detectable tumor. Both WT-0022 and SARC-0031 are considered in remission, although a small increase in the ctDNA has been observed. As these changes are small, they could be related to the limitations of the methodology; this will only be overcome through the analysis of a higher number of samples and by adjusting the technical parameters.

4. Discussion

Cancer cells often harbor genomic alterations that include partial or entire gains and losses of chromosomes, large intra-chromosomal inversions or translocations between different chromosomes, or more complex rearrangements. CNAs have been profiled in thousands of tumor samples in virtually all cancer types [9]. In pediatric tumors, among others, recurrent gains involve 1q25.2 (near CRABP2), 1q43, MYCN, GLI2, MYC, TERT, BRAF and 17p11.2, and recurrent losses involve 1p36.13, 4q34.3, CDKN2A/B, PTEN, 16q24.1, TP53, IGLL5 and SMARCB1 [5]. In this cohort, we verified that 89% of patients (31 out of 35) had at least one CNA identified in the tumor.

Liquid biopsy technologies have emerged as a minimally invasive approach useful when tumor tissue is inadequate or non-existent. Components derived from the tumor, such as the cell-free nucleic acids, might be measured as cfDNA or ctDNA, providing a potential tumor biomarker [40]. Patients with cancer usually have high concentrations of cfDNA in the peripheral blood [41], which may be dependent on tumor type. In our cohort, the median cfDNA ng/mL of plasma was highest for neuroblastoma, followed by Wilms tumor, Ewing sarcoma and rhabdomyosarcoma. In a cohort of 45 pediatric patients, cfDNA levels were also higher in neuroblastoma compared with osteosarcoma, rhabdomyosarcoma and Wilms tumor [42], which could be related to tumor biology. Moreover, cfDNA levels correlated with neuroblastoma tumor volume, but not for Wilms tumor or sarcomas. However, a greater number of cases need to be evaluated before drawing a more definitive conclusion. Neuroblastomas are aggressive tumors. In particular, those with MYCN amplification present a poor survival rate, even for localized disease [43]. The higher cfDNA levels in neuroblastoma could also reflect the high disease burden present in patients with metastatic disease [42]. Accordingly, independent of tumor type, we found that cfDNA levels were associated with metastasis at diagnosis and metastasis during treatment, with the ctDNA levels increasing strongly in the presence of distant metastases as well as with an advance of tumor stage.

To determine the source of ctDNA, which is a fraction of cfDNA, is a major limitation for the implementation of dPCR as a routine test for pediatric cancer. Pediatric solid tumors are known to show higher numbers of structural variants compared to point mutations [5]. the recurrent mutated genes are usually long, with the transcript divided into several exons, but no hotspots are reported in pediatric tumors, such as in the case of some tumor suppressor genes: *RB1* (27 exons), *WT1* (12 exons), *TP53* (11 exons), *PTEN* (10 exons). Some exceptions include mutation in exon 3 from *CNNTB1* in hepatoblastoma [44,45] and Wilms tumors [46] and *H3K27* in central nervous system tumors [47]; these are good candidates for liquid biopsy and are being tested in several tumors [48]. Due to the small quantity of recovered cfDNA and the characteristics of the mutational profile in pediatric tumors, the application of a target methodology, such as dPCR, can only be of limited use. Nevertheless, the use of CNAs in the peripheral blood can point to the presence of ctDNA [49]. ctDNA are fragments of around 166 bp DNA released in the blood by the tumor cells and they contain the original tumor molecular alterations. Digital PCR is a highly sensitive and linear method to assess the copy number in tumor-derived cfDNA from plasma. The methodology detects the absolute

193

concentration of targeted sequences and a diploid reference gene [18,27]. In this paper, we established the identification of CNAs in *CRABP2* and *TP53* as surrogates for 1q and 17p, respectively, as well as that of *MYCN* by dPCR, aiming toward the implementation of a routine copy number status assessment.

Considering that we used probes located at TP53 as a surrogate for 17p, the finding that most samples presented 17p gain should be taken with caution as this high CNA number has not been found in the literature. The probe from this assay was located at the first intron from TP53. Non-coding regions are less resistant than coding regions to somatic alterations, which could explain, at least in part, the high number of alterations.

From 79 tumor/cfDNA paired analyses, discordant genomic profiles represented 44%, in which 91.4% of CNAs were present only in cfDNA and 8.6% only in tumors. Tumor heterogeneity might also have accounted for the observed differences. Single tumor biopsies do not always reflect clonal heterogeneity within the primary tumor, and spatial and temporal heterogeneity have been described for several cancer entities, including Wilms tumors [50] and neuroblastoma [51,52]. Furthermore, dPCR presents limitations, along with the divergence between tumor tissue and ctDNA, as reported here and for *MYCN* status in patients with neuroblastoma [53], 1q status and Wilms tumors [42,54] and others. These limitations must be carefully evaluated before the implementation of this methodology in a routine setting.

We found MYCN gain in the peripheral blood in 16 cases (46%); this is similar to other studies that reported 42% of 52 patients with neuroblastoma having MYCN gain [53,55].

Although we found some CNAs in Ewing sarcoma, the assessment of the driver translocation, which involves the family EWS, constitutes a more attractive biomarker to be pursued. In the literature, up to 91% of 102 cases had detectable ctDNA before the start of chemotherapy [42,56].

For seven patients, we observed changes in ctDNA levels during follow-up. Monitoring these changes in patients undergoing treatment could lead us to define a response-based risk stratification. The feasibility of such a proposal was tested in a wide range of pediatric solid tumors, and the researchers proposed a prospective study within each pediatric tumor to validate the use of ctDNA in prognostics [42].

This pilot study in pediatric tumors demonstrated that both cfDNA and CNAs can represent feasible biomarkers for a variety of solid tumor types and clinical indications. We demonstrated an association between tumor stage, metastasis at diagnosis, metastasis during treatment and tumor volume regarding neuroblastoma, in a routine setting. The differences between tumor genomic profile and cfDNA profile are obstacles that could be caused by subclonal events or technical limitations. In accordance with the current literature, we believe that CNAs may become relevant biomarkers to be explored for liquid biopsy to monitor tumors where these CNAs are relevant. However, the proven clinical utility of CNAs as biomarkers for liquid biopsy, as well as the benefits of knowledge of tDNA levels, can only be ascertained through larger studies of ctDNA in pediatric patients with cancer. We believe that this study lays the foundation for such future studies.

Author Contributions: J.S.R.: conceptualization, methodology, validation, formal analysis, data curation, original draft preparation. F.L.T.S.: software, formal analysis, writing, data curation. M.F.E.: methodology, data curation. T.O.B.: methodology. C.M.M.D.: sample collection, patients' information. D.N.: patients' information. I.A.C.: patients' information. M.T.F.: sample collection, patients' information. A.E.C.: sample collection. L.H.P.: sample collection. A.L.S.: conceptualization. M.M.: conceptualization, formal analysis, supervision, original draft preparation and final revision, project administration, funding acquisition. PYJ.: conceptualization, formal analysis, supervision, original draft preparation and final revision, project administration, funding acquisition. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by PRONON SIPAR (25000.012259/2019-42) and Ministério Público do Trabalho–PAJ (001585.2018.15.000/1). The APC was funded by PRONON SIPAR (25000.012259/ 2019-42). Fellowships were provided for M.M. (CNPq 311141/2021-8) and FL.T.S. (FAPESP 2022/04781-6). Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and approved by the Institutional Ethics Committee of Boldrini Children's Hospital (CAAE 28386820.7.0000.5376, 03/09/2020).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Data Availability Statement: Not applicable.

Acknowledgments: The authors acknowledge the members of Boldrini's institutional biobank and SAME (medical article service and statistics).

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.

References

- Dehner, L.P. The Evolution of the Diagnosis and Understanding of Primitive and Embryonic Neoplasms in Children: Living through an Epoch. Mod. Pathol. 1998, 11, 669–685. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9688189/ (accessed on 1 March 2023).
- Steliarova-Foucher, E.; Stiller, C.; Lacour, B.; Kaatsch, P. International Classification of Childhood Cancer, third edition. *Cancer* 2005, 103, 1457–1467. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15712273/ (accessed on 1 March 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Gatta, G.; Ferrari, A.; Stiller, C.A.; Pastore, G.; Bisogno, G.; Trama, A.; Capocaccia, R. Embryonal cancers in Europe. Eur. J. Cancer 2012, 48, 1425–1433. [CrossRef] [PubMed]
- Tulla, M.; Berthold, F.; Graf, N.; Rutkowski, S.; von Schweinitz, D.; Spix, C.; Kaatsch, P. Incidence, Trends, and Survival of Children with Embryonal Tumors. *Pediatrics* 2015, 136, e623–e632. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26304823/ (accessed on 1 March 2023). [CrossRef]
- Gröbner, S.N.; Worst, B.C.; Weischenfeldt, J.; Buchhalter, I.; Kleinheinz, K.; Rudneva, V.A.; Johann, P.D.; Balasubramanian, G.P.; Segura-Wang, M.; Brabetz, S.; et al. The landscape of genomic alterations across childhood cancers. *Nature* 2018, 555, 321–327. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489754/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Rahal, Z.; Abdulhai, F.; Kadara, H.; Saab, R. Genomics of adult and pediatric solid tumors. Am. J. Cancer Res. 2018, 8, 1356. Available online: https://pmc/articles/PMC6129500/ (accessed on 1 March 2023). [PubMed]
- Kattner, P.; Strobel, H.; Khoshnevis, N.; Grunert, M.; Bartholomae, S.; Pruss, M.; Fitzel, R.; Halatsch, M.-E.; Schilberg, K.; Siegelin, M.D.; et al. Compare and contrast: Pediatric cancer versus adult malignancies. *Cancer Metastasis Rev.* 2019, 38, 673–682. Available online: https://link.springer.com/article/10.1007/s10555-019-09836-y (accessed on 1 March 2023). [CrossRef]
- Ma, X.; Liu, Y.; Liu, Y.; Alexandrov, L.B.; Edmonson, M.N.; Gawad, C.; Zhou, X.; Li, Y.; Rusch, M.C.; Easton, J.; et al. Pan-cancer genome and transcriptome analyses of 1,699 paediatric leukaemias and solid tumours. *Nature* 2018, 555, 371–376. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489755/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Harbers, L.; Agostini, F.; Nicos, M.; Poddighe, D.; Bienko, M.; Crosetto, N. Somatic Copy Number Alterations in Human Cancers: An Analysis of Publicly Available Data from The Cancer Genome Atlas. Front. Oncol. 2021, 11, 700568. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34395272/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Popov, S.D.; Vujanic, G.M.; Sebire, N.J.; Chagtai, T.; Williams, R.; Vaidya, S.; Pritchard-Jones, K. Bilateral wilms tumor with TP53-related anaplasia. *Pediatr. Dev. Pathol.* 2013, 16, 217–223. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23387809/ (accessed on 29 January 2023). [CrossRef]
- Gratias, E.J.; Jennings, L.J.; Anderson, J.R.; Dome, J.S.; Grundy, P.; Perlman, E.J. Gain of 1q is associated with inferior event-free and overall survival in patients with favorable histology Wilms tumor: A report from the Children's Oncology Group. *Cancer* 2013, 119, 3887–3894. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23983061/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Williams, R.D.; Chagtai, T.; Alcaide-German, M.; Apps, J.; Wegert, J.; Popov, S.; Vujanic, G.; van Tinteren, H.; Heuvel-Eibrink, M.M.V.D.; Kool, M.; et al. Multiple mechanisms of MYCN dysregulation in Wilms tumour. *Oncotarget* 2015, 6, 7232–7243. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25749049/ (accessed on 26 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Maschietto, M.; Williams, R.D.; Chagtai, T.; Popov, S.D.; Sebire, N.J.; Vujanic, G.; Perlman, E.; Anderson, J.R.; Grundy, P.; Dome, J.S.; et al. TP53 mutational status is a potential marker for risk stratification in Wilms tumour with diffuse anaplasia. *PLoS ONE* 2014, 9, e109924. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25313908/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Janoueix-Lerosey, I.; Schleiermacher, G.; Michels, E.; Mosseri, V.; Ribeiro, A.; Lequin, D.; Vermeulen, J.; Couturier, J.; Peuchmaur, M.; Valent, A.; et al. Overall genomic pattern is a predictor of outcome in neuroblastoma. J. Clin. Oncol. 2009, 27, 1026–1033. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19171713/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Lynn, M.; Wang, Y.; Slater, J.; Shah, N.; Conroy, J.; Ennis, S.; Morris, T.; Betts, D.R.; Fletcher, J.A.; O'Sullivan, M.J. High-resolution genome-wide copy-number analyses identify localized copy-number alterations in Ewing sarcoma. *Diagn. Mol. Pathol.* 2013, 22, 76–84. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23628818/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]

- Mackintosh, C.; Ordóňez, J.L.; García-Domínguez, D.J.; Sevillano, V.; Llombart-Bosch, A.; Szuhai, K.; Alberghini, M.; Sciot, R.; Sinnaeve, F.; Hogendoorn, P.C.W.; et al. 1q gain and CDT2 overexpression underlie an aggressive and highly proliferative form of Ewing sarcoma. Oncogene 2012, 31, 1287–1298. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21822310/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Williamson, D.; Lu, Y.J.; Gordon, T.; Sciot, R.; Kelsey, A.; Fisher, C.; Poremba, C.; Anderson, J.; Pritchard-Jones, K.; Shipley, J. Relationship between MYCN copy number and expression in rhabdomyosarcomas and correlation with adverse prognosis in the alveolar subtype. J. Clin. Oncol. 2005, 23, 880–888. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15681534/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Lodrini, M.; Sprüssel, A.; Astrahantseff, K.; Tiburtius, D.; Konschak, R.; Lode, H.N.; Fischer, M.; Keilholz, U.; Eggert, A.; Deubzer, H.E. Using droplet digital PCR to analyze MYCN and ALK copy number in plasma from patients with neuroblastoma. *Oncotarget* 2017, *8*, 85234–85251. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29156716/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Circulating MYCN DNA as a Tumor-Specific Marker in Neuroblastoma Patients1 | Cancer Research | American Association for Cancer Research. Available online: https://aacrjournals.org/cancerres/article/62/13/3646/508931/Circulating-MYCN-DNAas-a-Tumor-specific-Marker-in (accessed on 25 January 2023).
- Gotoh, T.; Hosoi, H.; Iehara, T.; Kuwahara, Y.; Osone, S.; Tsuchiya, K.; Ohira, M.; Nakagawara, A.; Kuroda, H.; Sugimoto, T. Prediction of MYCN amplification in neuroblastoma using serum DNA and real-time quantitative polymerase chain reaction. *J. Clin. Oncol.* 2005, 23, 5205–5210. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16051962/ (accessed on 25 January 2023). ICrossRefl
- Ambros, P.F.; Ambros, I.M. Free DNA in the blood serum can unmask MYCN amplified tumors. *Pediatr. Blood Cancer* 2009, 53, 306–307. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19489051/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Gallego Melcón, S.; Sánchez de Toledo Codina, J. Molecular biology of rhabdomyosarcoma. Clin. Transl. Oncol. 2007, 9, 415–419. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17652054/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Wang, Q.; Diskin, S.; Rappaport, E.; Attiyeh, E.; Mosse, Y.; Shue, D.; Seiser, E.; Jagannathan, J.; Shusterman, S.; Bansal, M.; et al. Integrative genomics identifies distinct molecular classes of neuroblastoma and shows that multiple genes are targeted by regional alterations in DNA copy number. *Cancer Res.* 2006, 66, 6050–6062. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16778177/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Peneder, P.; Stütz, A.M.; Surdez, D.; Krumbholz, M.; Semper, S.; Chicard, M.; Sheffield, N.C.; Pierron, G.; Lapouble, E.; Tötzl, M.; et al. Multimodal analysis of cell-free DNA whole-genome sequencing for pediatric cancers with low mutational burden. *Nat. Commun.* 2021, 12, 3230. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34050156/ (accessed on 29 January 2023). [CrossRef]
- Wen, X.; Pu, H.; Liu, Q.; Guo, Z.; Luo, D. Circulating Tumor DNA-A Novel Biomarker of Tumor Progression and Its Favorable Detection Techniques. Cancers 2022, 14, 6025. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36551512/ (accessed on 1 March 2023). [CrossRef]
- Volckmar, A.L.; Sültmann, H.; Riediger, A.; Fioretos, T.; Schirmacher, P.; Endris, V.; Stenzinger, A.; Dietz, S. A field guide for cancer diagnostics using cell-free DNA: From principles to practice and clinical applications. *Genes Chromosom. Cancer* 2018, 57, 123–139. Available online: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/gcc.22517 (accessed on 1 March 2023). [CrossRef]
- Hindson, B.J.; Ness, K.D.; Masquelier, D.A.; Belgrader, P.; Heredia, N.J.; Makarewicz, A.J.; Bright, I.J.; Lucero, M.Y.; Hiddessen, A.L.; Legler, T.C.; et al. High-throughput droplet digital PCR system for absolute quantitation of DNA copy number. *Anal. Chem.* 2011, 83, 8604–8610. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22035192/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Newman, A.M.; Bratman, S.V.; To, J.; Wynne, J.F.; Eclov, N.C.W.; Modlin, L.A.; Liu, C.L.; Neal, J.W.; Wakelee, H.A.; Merritt, R.E.; et al. An ultrasensitive method for quantitating circulating tumor DNA with broad patient coverage. Nat. Med. 2014, 20, 548–554. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24705333/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Bettegowda, C.; Sausen, M.; Leary, R.J.; Kinde, I.; Wang, Y.; Agrawal, N.; Bartlett, B.R.; Wang, H.; Luber, B.; Alani, R.M.; et al. Detection of circulating tumor DNA in early- and late-stage human malignancies. *Sci. Transl. Med.* 2014, *6*, 224ra24. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24553385/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Diaz, L.A.; Bardelli, A. Liquid biopsies: Genotyping circulating tumor DNA. J. Clin. Oncol. 2014, 32, 579–586. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24449238/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Bidard, F.C.; Madic, J.; Mariani, P.; Piperno-Neumann, S.; Rampanou, A.; Servois, V.; Cassoux, N.; Desjardins, L.; Milder, M.; Vaucher, I.; et al. Detection rate and prognostic value of circulating tumor cells and circulating tumor DNA in metastatic uveal melanoma. *Int. J. Cancer* 2014, 134, 1207–1213. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23934701/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Martignetti, J.A.; Camacho-Vanegas, O.; Priedigkeit, N.; Camacho, C.; Pereira, E.; Lin, L.; Garnar-Wortzel, L.; Miller, D.; Losic, B.; Shah, H.; et al. Personalized ovarian cancer disease surveillance and detection of candidate therapeutic drug target in circulating tumor DNA. Neoplasia 2014, 16, 97–103. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24563622/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Alix-Panabières, C.; Pantel, K. Liquid Biopsy: From Discovery to Clinical Application. Cancer Discov. 2021, 11, 858–873. Available online: https://aacrjournals.org/cancerdiscovery/article/11/4/858/665896/Liquid-Biopsy-From-Discovery-to-Clinical (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]

- 34. Shulman, D.S.; Crompton, B.D. Using Liquid Biopsy in the Treatment of Patient with OS. Adv. Exp. Med. Biol. 2020, 1257, 95–105.
- Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32483734/ (accessed on 25 January 2023). [PubMed] 35. Cheng, F.; Su, L.; Qian, C. Circulating tumor DNA: A promising biomarker in the liquid biopsy of cancer. Oncotarget 2016, 7, 48832-48841. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27223063/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Diamandis, E.P. The failure of protein cancer biomarkers to reach the clinic: Why, and what can be done to address the problem? BMC Med. 2012, 10, 87. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22876833/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] 37. Kahana-Edwin, S.; Torpy, J.; Cain, L.E.; Mullins, A.; McCowage, G.; Woodfield, S.E.; Vasudevan, S.A.; Shea, D.P.T.; Minoche, A.E.;
- Kummerfeld, S.; et al. A quantitative universal NGS-based ctDNA assay for hepatoblastoma. medRxiv 2022. Available online: ttps://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.09.20.22279947v1 (accessed on 29 January 2023).
- 38 Bioconductor-Conumee. Available online: https://bioconductor.org/packages/rele se/bioc/html/conumee.html (accessed on 25 January 2023).
- 39. Dangoni, G.D.; Teixeira, A.C.B.; Vince, C.S.C.; Novak, E.M.; Gimenez, T.M.; Maschietto, M.; Filho, V.O.; Krepischi, A.C.V. LHX6 promoter hypermethylation in oncological pediatric patients conceived by, I.V.F. J. Dev. Orig. Health Dis. 2023, 14, 140–145. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36154949/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- Sánchez-Herrero, E.; Serna-Blasco, R.; Robado de Lope, L.; González-Rumayor, V.; Romero, A.; Provencio, M. Circulating Tumor 40. DNA as a Cancer Biomarker: An Overview of Biological Features and Factors That may Impact on ctDNA Analysis. Front. Oncol. 2022, 12, 943253. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35936733/ (accessed on 29 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- 41. Schwarzenbach, H.; Hoon, D.S.B.; Pantel, K. Cell-free nucleic acids as biomarkers in cancer patients. Nat. Rev. Cancer 2011, 11, 426-437. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21562580/ (accessed on 29 January 2023). [CrossRef]
- 42. Klega, K.; Imamovic-Tuco, A.; Ha, G.; Clapp, A.N.; Meyer, S.; Ward, A.; Clinton, C.; Nag, A.; Van Allen, E.; Mullen, E.; et al. Detection of Somatic Structural Variants Enables Quantification and Characterization of Circulating Tumor DNA in Children with Solid Tumors. JCO Precis Oncol. 2018, 2018, 1-13. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30027144/ (accessed on 25 January 2023), [CrossRef]
- 43. Matthay, K.K.; Maris, J.M.; Schleiermacher, G.; Nakagawara, A.; Mackall, C.L.; Diller, L.; Weiss, W.A. Neuroblastoma. Nat. Rev. Dis. Prim. 2016, 2, 16078, Available online: https://www.nature.com/articles/nrdp201678 (accessed on 29 January 2023). [CrossRef]
- Aguiar, T.F.M.; Rivas, M.P.; Costa, S.; Maschietto, M.; Rodrigues, T.; Sobral de Barros, J.; Barbosa, A.C.; Valieris, R.; Fernandes, G.R.; Bertola, D.R.; et al. Insights Into the Somatic Mutation Burden of Hepatoblastomas from Brazilian Patients. Front. Oncol. 2020, 10, 556. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32432034/ (accessed on 1 March 2023). [CrossRef]
- 45. Sumazin, P.; Chen, Y.; Treviño, L.R.; Sarabia, S.F.; Hampton, O.A.; Patel, K.; Mistretta, T.-A.; Zorman, B.; Thompson, P.; Heczey, A.; et al. Genomic analysis of hepatoblastoma identifies distinct molecular and prognostic subgroups. Hepatology 2017, 65, 104-121. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27775819/ (accessed on 1 March 2023). [CrossRef]
- Maiti, S.; Alam, R.; Amos, C.I.; Huff, V. Frequent association of β-catenin and WT1 mutations in Wilms tumors. Cancer Res. 2000, 60, 6288-6292. Available online: https://mdanderson.elsevierpure.com/en/publications/frequent-association-of-%CE%B2 atenin-and-wt1-mutations-in-wilms-tumo (accessed on 1 March 2023).
- 47. Maeda, S.; Ohka, F.; Okuno, Y.; Aoki, K.; Motomura, K.; Takeuchi, K.; Kusakari, H.; Yanagisawa, N.; Sato, S.; Yamaguchi, J.; et al. H3F3A mutant allele specific imbalance in an aggressive subtype of diffuse midline glioma, H3 K27M-mutant. Acta Neuropathol. Commun. 2020, 8, 8. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32019606/ (accessed on 1 March 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Li, D.; Bonner, E.R.; Wierzbicki, K.; Panditharatna, E.; Huang, T.; Lulla, R.; Mueller, S.; Koschmann, C.; Nazarian, J.; Saratsis, A.M. Standardization of the liquid biopsy for pediatric diffuse midline glioma using ddPCR. Sci. Rep. 2021, 11, 5098. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33658570/ (accessed on 1 March 2023). [CrossRef] [PubMed]
- 49 Walz, A.L.; Maschietto, M.; Crompton, B.; Evageliou, N.; Dix, D.; Tytgat, G.; Gessler, M.; Gisselsson, D.; Daw, N.C.; Wegert, J. Tumor biology, biomarkers, and liquid biopsy in pediatric renal tumors. Pediatr. Blood Cancer 2023, e30130. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36592003/ (accessed on 25 January 2023).
- 50. Cresswell, G.D.; Apps, J.R.; Chagtai, T.; Mifsud, B.; Bentley, C.C.; Maschietto, M.; Popov, S.D.; Weeks, M.E.; Olsen, E.; Sebire, N.J.; et al. Intra-Tumor Genetic Heterogeneity in Wilms Tumor: Clonal Evolution and Clinical Implications. EBioMedicine 2016, 9, 120-129. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27333041/ (accessed on 26 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- 51. Bellini, A.; Bernard, V.; Leroy, Q.; Frio, T.R.; Pierron, G.; Combaret, V.; Lapouble, E.; Clement, N.; Rubie, H.; Thebaud, E.; et al. Deep Sequencing Reveals Occurrence of Subclonal ALK Mutations in Neuroblastoma at Diagnosis. Clin. Cancer Res. 2015, 21, 4913-4921. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26059187/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]
- 52. Schramm, A.; Köster, J.; Assenov, Y.; Althoff, K.; Peifer, M.; Mahlow, E.; Odersky, A.; Beisser, D.; Ernst, C.; Henssen, A.G.; et al. Mutational dynamics between primary and relapse neuroblastomas. Nat. Genet. 2015, 47, 872–877. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26121086/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- 53. Chicard, M.; Boyault, S.; Daage, L.C.; Richer, W.; Gentien, D.; Pierron, G.; Lapouble, E.; Bellini, A.; Clement, N.; Iacono, I.; et al. Genomic Copy Number Profiling Using Circulating Free Tumor DNA Highlights Heterogeneity in Neuroblastoma. Clin. Cancer Res. 2016, 22, 5564-5573. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27440268/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef]

- Madanat-Harjuoja, L.M.; Renfro, L.A.; Klega, K.; Tornwall, B.; Thorner, A.R.; Nag, A.; Dix, D.; Dome, J.S.; Diller, L.R.; Fernandez, C.V.; et al. Circulating Tumor DNA as a Biomarker in Patients with Stage III and IV Wilms Tumor: Analysis From a Children's Oncology Group Trial, AREN0533. J. Clin. Oncol. 2022, 40, 3047–3056. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3558 0298/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- Lodrini, M.; Graef, J.; Thole-Kliesch, T.M.; Astrahantseff, K.; Sprussel, A.; Grimaldi, M.; Peitz, C.; Linke, R.B.; Hollander, J.F.; Lankes, E.; et al. Targeted Analysis of Cell-free Circulating Tumor DNA is Suitable for Early Relapse and Actionable Target Detection in Patients with Neuroblastoma. *Clin. Cancer Res.* 2022, *28*, 1809–1820. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih. gov/35247920/ (accessed on 29 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
- gov (35247920/ (accessed on 29 January 2023). [CrossRef] [PubMed]
 Krumbholz, M.; Eiblwieser, J.; Ranft, A.; Zierk, J.; Schmidkonz, C.; Stütz, A.M.; Peneder, P.; Tomazou, E.M.; Agaimy, A.; Bäuerle, T.; et al. Quantification of Translocation-Specific ctDNA Provides an Integrating Parameter for Early Assessment of Treatment Response and Risk Stratification in Ewing Sarcoma. *Clin. Cancer Res.* 2021, 27, 5922–5930. Available online: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34426444/ (accessed on 25 January 2023). [CrossRef] [PubMed]

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

14 of 14