

# Linfoma Renal Associado à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**Flávio de Oliveira Mendes\*, Luiz Paulo Junqueira Rigolon, Gabriel Amorim de Brito, Daniel Carvalho Ribeiro, Angelo Maurílio Fosse Júnior, José Scheinkman.**

Serviço de Urologia do Hospital Universitário Antônio Pedro / Universidade Federal Fluminense - Niterói, RJ

**Correspondência\*:** Rua Álvares de Azevedo, 32  
Apto 403 - Icaraí  
CEP: 24220-021  
Niterói, RJ  
E-mail: flaviomendes@id.uff.br

## INTRODUÇÃO

Linfomas são neoplasias de células linfoides, divididos morfologicamente em linfomas de Hodgkin (LH) e não-Hodgkin (LNH). O número de casos de LNH segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) duplicou nos últimos 25 anos, principalmente entre pessoas com mais de 60 anos. Os casos de LNH de alto grau, tipo mais agressivo que cursa com sobrevida de semanas a meses se não tratados, são responsáveis por cerca de 50% de todos os casos da doença, englobando o linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, o linfoma folicular pouco diferenciado, o linfoma de células do manto, o linfoma de células T periférico e o linfoma de grandes células anaplásico<sup>1</sup>.

A incidência de LNH vem aumentando nos últimos anos, principalmente em suas formas mais agressivas de apresentação, o que tem sido relacionado à maior incidência de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), além de outros fatores ambientais<sup>2</sup>. A maioria dos casos, entretanto ainda não tem etiologia definida, porém sugere-se que fatores hereditários, ambientais, ocupacionais e dietéticos possam estar envolvidos<sup>3</sup>.

Alguns órgãos, como os rins, não têm tecido linfoide, o que torna o linfoma primário renal uma entidade rara, de existência questionada, que representa menos de 1% das lesões deste órgão<sup>4,5</sup>. O envolvimento secundário do rim por sua vez é muito mais frequente, ocorrendo em até um terço das autópsias dos portadores de linfoma<sup>6</sup>. Há pouquíssimas fontes na

literatura relatando a ocorrência de um linfoma renal primário, este relato é uma delas.

## RELATO DE CASO

Paciente feminino, 60 anos, chegou ao Serviço de Emergência do Hospital Universitário Antônio Pedro, referindo lombalgia à esquerda iniciada há 10 anos, que se intensificou nos últimos 3 meses, de forte intensidade, sem hematúria ou perda de peso. Portadora de HIV diagnosticado há 7 anos, sob uso regular de terapia antirretroviral. Ex-tabagista 40 maços-ano, etilista social. Aos exames laboratoriais: leve anemia normocítica/normocrômica; leucograma total de 11700/mm<sup>3</sup>, com 72% de neutrófilos, 15% de linfócitos e 10% de monócitos e 3% de bastões; ureia: 42mg/dL (VR: 15-45), creatinina: 1,38mg/dL (VR: 0,6-1,0), albumina: 1,6g/dL (VR: 3,4-5), proteína C reativa: 3,29mg/dL (VR: até 0,3); EAS com 30mg/dL de proteínas, alguns cilindros hialinos e presença de muco; demais parâmetros sem alterações. Ultrassonografia de Abdome evidenciou massa sólida, vascularizada, contornos irregulares, heterogênea, no polo superior do rim esquerdo. Solicitada Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve que confirmou os achados de grande massa em íntimo contato com estruturas adjacentes. Convocada reunião com familiares a fim de se explicar gravidade do caso, possibilidade de terapia adjuvante e possíveis complicações, tendo em vista o comprometimento

de estruturas perirrenais. Submetida à nefrectomia radical e adrenalectomia esquerdas, linfadenectomia retroperitoneal, ressecção segmentar do diafragma ipsilateral com rafia primária, associada à hemostasia esplênica com cauterização e ligadura da artéria esplênica. O material foi enviado à patologia onde foi diagnosticado Linfoma Difuso de Grandes Células B e ressecção R0. Após boa evolução pós-operatória e alta hospitalar pela Urologia, foi encaminhada à Oncologia, sendo assim submetida à quimioterapia (QT) adjuvante. Em reestadiamento pós QT, biópsia de medula óssea apenas com mielodisplasia secundária ao HIV e TC de cabeça, pescoço, tórax, abdome e pelve relatado ausência de massas ou outros sinais de metástase á distância. Paciente se mantém livre de doença, com melhora de função renal.

## DISCUSSÃO

Linfoma renal primário é uma condição rara, representando menos de 1% das lesões desse órgão<sup>4,5,7</sup>. Normalmente é um tumor difuso de grandes células B, um tipo de linfoma não-Hodgkin<sup>8</sup>.

Linfoma renal primário não-Hodgkin é definido como um linfoma que surge primariamente no parênquima renal, não resultando da invasão de uma massa linfomatosa adjacente<sup>9</sup>. No caso relatado não há nenhuma evidência de outro foco que possa ter originado o linfoma renal de forma secundária. Portanto, concluiu-se o diagnóstico como linfoma renal primário difuso de grandes células B.

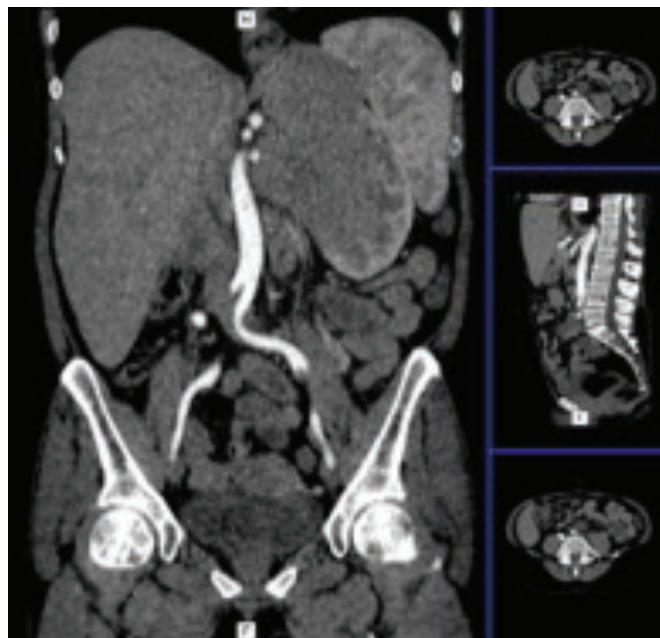
Segundo Dimopoulos et al, 1965, a apresentação comum do quadro é lombalgia, hematúria e febre. O diagnóstico do linfoma renal primário é difícil e raro, correspondendo a 0,1% dos casos de linfoma renal segundo Stallone et al, 2007, enquanto até 47% é devido disseminação de doença sistêmica avançada. Dos 60 casos na literatura inglesa, o linfoma renal foi um diagnóstico diferencial em apenas 16% dos casos antes da biópsia renal<sup>10</sup>. O diagnóstico diferencial com outras massas renais é um desafio para a equipe médica.

A literatura disponível relata um prognóstico pobre, mesmo na ausência de doença disseminada. Quimioterapia melhora a função renal, porém a mortalidade ainda é alta devido a recaídas e infecções no curso de neutropenia<sup>4</sup>.

Segundo Okuno et al, 1959, o relato de sobreviventes a longo prazo ocorreu após tratamento cirúrgico com quimioterapia adjuvante em casos com envolvimento unilateral, corroborando o tratamento realizado pelo serviço como a melhor opção.

**FIGURA 1**

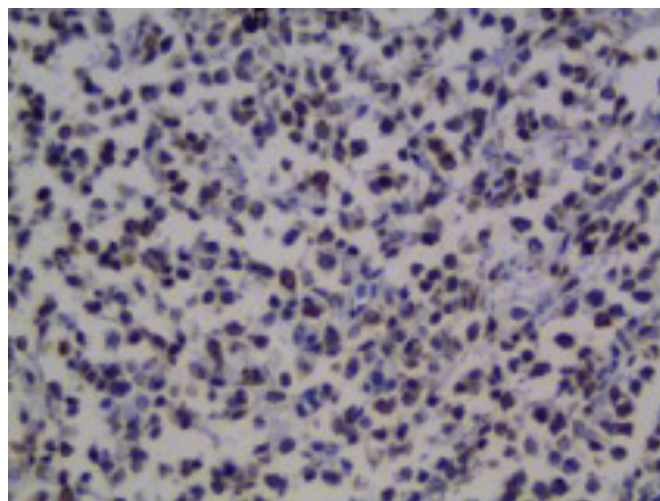
Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve evidenciando grande massa em íntimo contato com estruturas adjacentes.



Fonte: Arquivo Pessoal.

**FIGURA 2**

Perfil imuno-histoquímico positivo para BCL2, compatível com linfoma.



Fonte: Arquivo Pessoal.

## CONCLUSÃO

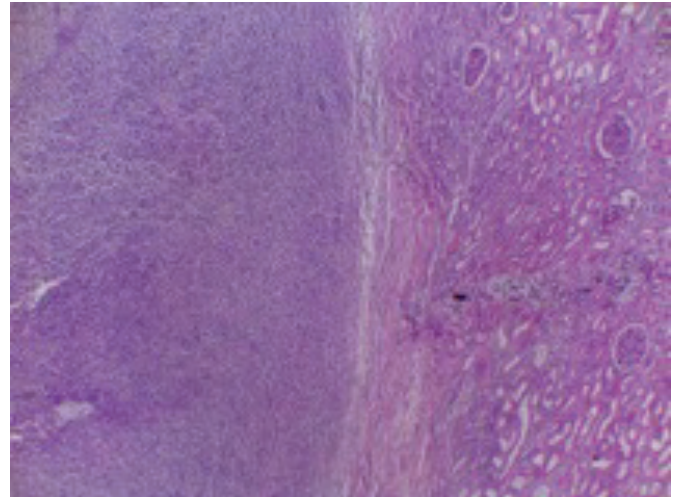
O tratamento preconizado pelo serviço permitiu uma maior sobrevida do paciente que se mantém livre da doença até o momento, enquanto ainda faz acompanhamento ambulatorial periódico neste serviço.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo LHL et al. Linfoma Não-Hodgkin de Alto Grau. Revista Brasileira de Cancerologia. 2008; 54(2): 175-183.
2. Chiu BC, Weisenburger DD. An Update of the Epidemiology of Non-Hodgkin's Lymphoma. Clin Lymphoma 2003;4(3):161-8.
3. Fisher RI, Mauch PM, Harris NL, Friedberg JW. Non-Hodgkin's Lymphoma. In: De Vita Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1957-7.
4. Das, et al. Diffuse Large B-cell Lymphoma of the Kidney: A Rare Neoplasm. Diffuse Large B-cell Lymphoma of the Kidney: A Rare Neoplasm. Indian Journal Of Pathology And Microbiology 2013; 56(4), October - December.
5. Dimopoulos MA et al. Primary Renal Lymphoma: a Clinical and Radiological Study. J Urol 1996;155:1865-7.
6. Richmond J, Sherman RS, Diamond HD, Craver LF. Renal Lesions Associated With Malignant Lymphomas. Am J Med 1962;32:184-207.
7. Stallone G et al. Primary Renal Lymphoma Does Exist: Case Report and Review of the Literature. J Nephrol 2000;13:367-72.
8. Ferry JA et al. Lymphoma of the Kidney: a Report of 11 Cases. Am J SurgPathol 1995; 19: 134-144.
9. Okuno SH, Hoyer JD, Ristow K, Witzig TE. Primary Renal Non-Hodgkin's Lymphoma. An Unusual Extranodal Site. Cancer 1995;75:2258-61.
10. Törnroth T et al. Lymphomas Diagnosed by Percutaneous Kidney Biopsy. Am J Kidney Dis 2003; 42: 960-971.

**FIGURA 3**

Transição rim-linfoma corado com H&E.



Fonte: Arquivo Pessoal.