

RELATO DE CASO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0122

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO RENAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

ALCEO ANTONIO MAI JUNIOR (1), RAPHAEL COLANERI SOMMER SALOMÃO (1), DAVID JACQUES COHEN (1)

*(1) Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini, São Paulo, SP, Brasil***RESUMO**

O tumor fibroso solitário é uma neoplasia rara de origem mesenquimal que pode acometer o rim. Relatamos o caso de um paciente masculino de 25 anos, com queixa de lombalgia direita recorrente sem outros sintomas urinários. Durante a investigação com tomografia computadorizada, foi observada uma grande massa tumoral no rim direito. Esta patologia geralmente possui comportamento benigno, tendo baixo potencial maligno. O diagnóstico se dá apenas pela análise histopatológica.

Palavras-chave: Tumor; Neoplasia; Rim; Solitário; Fibroso

INTRODUÇÃO

O tumor fibroso solitário é uma neoplasia de origem mesenquimal, cujo sítio primário mais frequente é a pleura. O acometimento extrapleural é infrequente, sendo descritos 105 casos de acometimento renal na literatura até o momento (1). Pelo fato de ser uma neoplasia rara e por não apresentar achados sugestivos nos exames de imagem, o diagnóstico se dá apenas pela análise histopatológica da lesão (2). No caso aqui relatado, o paciente apresentava uma lesão renal direita volumosa e foi submetido à nefrectomia radical direita, cujo diagnóstico definitivo foi alcançado através da interação entre a análise histológica e imuno-histoquímica da lesão.

RELATO DE CASO

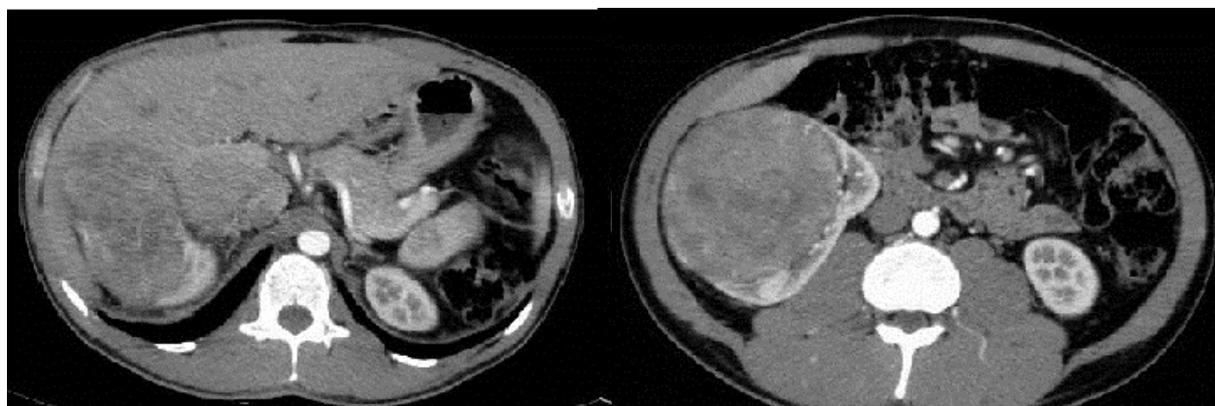
Paciente masculino de 25 anos, caucasiano, apresentava queixas de lombalgia direita de caráter recorrente, sem hematúria ou outros sintomas urinários e sem sintomas gastrointestinais associados. Paciente negava história de tabagismo, etilismo, comorbidades clínicas e cirúrgicas prévias. Durante a investigação, optado pela realização de uma tomografia computadorizada de abdome no nosso serviço, onde foi evidenciada uma

formação expansiva hipovascular acometendo o terço superior, médio e inferior do rim direito, com invasão do seio renal, sem extensão vascular ou de estruturas adjacentes, medindo 120 x 110 mm. (Figura 1).

Realizado estadiamento complementar com tomografia computadorizada de tórax, não sendo evidenciada nenhuma lesão secundária. Após discussão da proposta terapêutica com o paciente, foi optado pela realização de nefrectomia radical direita por via aberta. A Figura 2 demonstra a peça cirúrgica. Não houve intercorrências perioperatórias e o sangramento estimado foi de 200 ml. Não foi necessária transfusão de hemoderivados ou uso de drogas vasoativas. A alta hospitalar ocorreu no dia seguinte ao procedimento

A análise histológica da lesão revelou uma neoplasia restrita ao rim, com presença de células com aspecto fusiforme, com baixa atipia nuclear e ausência de mitoses (Figura 3). A análise imuno-histoquímica demonstrou marcador de vimentina positivo, Bcl-2 positivo focal e CD34 negativo (com controle interno positivo em vasos), sendo achados que favorecem o diagnóstico de tumor fibroso solitário do rim (Figura 4). O esquema de controle pós-operatório foi extrapolado para aquele utilizado em carcinoma de células renais, sendo que a primeira tomografia de abdome não mostrou achados anormais.

Figura 1 - Imagem de Tomografia Computadorizada com contraste intravenoso.



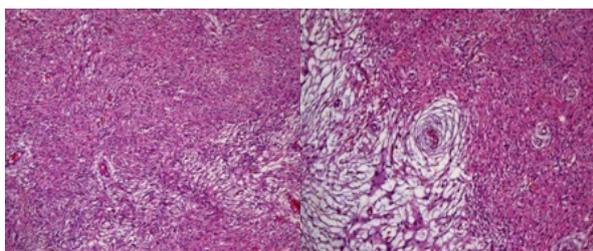
Formação hipovascular expansiva, medindo 120 mm x 110 mm, envolvendo o terço superior, médio e inferior do rim direito, com invasão do seio renal, sem extensão vascular ou envolvimento de estruturas adjacentes.

Figura 2 - Peça cirúrgica.



Corte do rim direito ressecado.

Figura 3 - Corte histológico em Hematoxilina e Eosina. Objetiva de 10x.

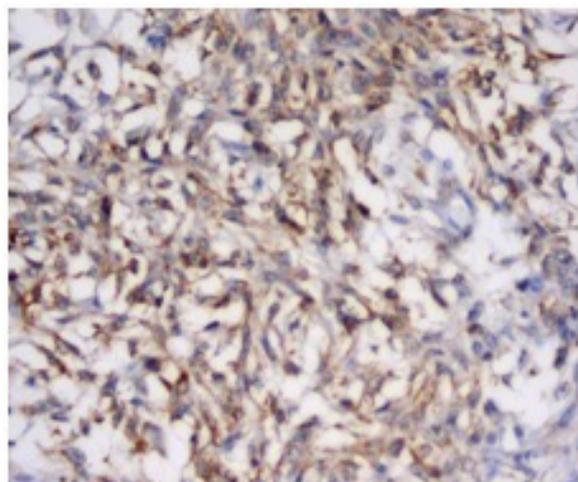


DISCUSSÃO

O tumor fibroso solitário renal é uma neoplasia rara de células fusiformes de origem mesenquimal que geralmente tem um comportamento benigno e com baixos índices de recorrência local após ressecção cirúrgica. Porém, há descrição de taxas de 10-15% de malignidade, inclusive com tumor fibroso solitário metastático, assim como em associação com quadros de hipoglicemia no contexto de síndromes paraneoplásicas (2). Embora cerca de 15% dos tumores tenham sido relatados como localizados na cápsula renal e 3% na pelve renal, o local de origem permanece desconhecido na maioria dos casos (3).

Os dados epidemiológicos são escassos devido à baixa incidência da doença. Parece não haver predileção por gênero e a faixa etária de acometimento é extremamente variável. Poucos casos foram descritos na faixa

Figura 4 - Corte histológico em Imunohistoquímica. Objetiva de 40x.



etária pediátrica, com casos variando de 4 a 85 anos de idade (2).

O quadro clínico é composto por dor abdominal ou lombar, aumento do volume abdominal e hematúria, muito embora na maioria dos casos o diagnóstico se dê por um achado de exame de imagem em um paciente assintomático.

Nos exames de imagens como tomografia computadorizada e ressonância magnética do abdome, os achados são heterogêneos e dependem da composição celular, da densidade do colágeno e do padrão vascular hemangiopericitomatoso da neoplasia (4). Pode-se observar ainda componente de gordura, calcificações e áreas de necrose central (2). A ressonância magnética demonstra imagens da lesão com hiperssinal em T1 e de aspecto indeterminado. Porém, pode ajudar na determinação do grau de fibrose e da densidade do colágeno da neoplasia, apresentando-se como áreas com hipossinal nas imagens ponderadas em T2 (4). Entretanto, vale ressaltar que essas características não são específicas, pois também podem ser encontradas no carcinoma de células renais subtipo papilar.

Outros tumores dos quais são difíceis de distinguir são fibroma, angiomiolipoma, leiomioma, schwannoma, neurofibroma e carcinoma sarcomatóide de células renais.

Tabela 1 - Aspectos anatomopatológicos e imunohistoquímicos.

	TIPO FIBROSO	TIPO CELULAR
IMUNOHISTOQUÍMICA	Forte reatividade ao CD34 e BCL2	Fraca reatividade ao CD34 e CD99
HISTOPATOLOGIA	Células com padrão fusiformes entremeadas com colágeno fino	Padrão vascular hemangiopericitomatoso

O exame imuno-histoquímico é o principal método diagnóstico (5).

Na histopatologia, os achados encontrados são de uma neoplasia mesenquimal do tipo fibroblástica, que pode ser subdividida em tipo fibrosa e tipo celular, com base no padrão predominante no exame histológico. Cada uma delas terá um padrão imunohistoquímico diferente (6). A variante fibrosa possui uma forte reatividade ao CD34 na imuno-histoquímica, enquanto a variante celular demonstra uma fraca reatividade ao CD34 e exibe um padrão vascular hemangiopericitomatoso (6), conforme a Tabela-1. Alguns casos registrados mostram que a fusão gênica entre NAB2 e STAT6 é altamente sensível e específica, ajudando a diferenciar de outras imitações histológicas. A imunorreatividade de STAT6 é o marcador mais sensível e específico, útil quando o diagnóstico é controverso (7).

Apesar da subdivisão proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) exposta na Tabela-1, não há descrição na literatura sobre diferenças de prevalência entre os subtipos, assim como o prognóstico de cada um deles.

O tratamento padrão para a doença ainda é a ressecção cirúrgica da lesão, sendo que o papel de radicalidade da cirurgia (nefrectomia parcial ou radical) ainda permanece incerto. Entretanto, não há descrição na literatura de casos de recorrência local em pacientes tratados com nefrectomias parciais (8). O papel da biópsia pré-operatória e vigilância ativa dessas lesões também não está claro, não sendo indicadas de rotina.

Apesar das taxas de malignidade serem baixas e o acompanhamento pós-operatório não ser bem estabelecido, foi descrito um caso de aparecimento metacrônico no lado contralateral oito anos após a nefrectomia esquerda, sugerindo que a vigilância por imagem pós-operatória deve desempenhar um papel no acompanhamento do tumor fibroso solitário renal (9).

CONCLUSÃO

O tumor fibroso solitário é uma neoplasia rara de células fusiformes de origem mesenquimal que pode acometer o rim. Os exames de imagem não apresentam alterações específicas da neoplasia, sendo o diagnóstico realizado através das análises anatomopatológica e imunohistoquímica da lesão. A maioria deles vai ter comportamento benigno, apesar de existir um baixo potencial de malignidade. O tratamento de eleição é o cirúrgico segundo as evidências atuais, embora não exista consenso sobre a radicalidade da ressecção, assim como o manejo no seguimento pós-operatório. Após avaliação e graduação de lesão peniana (GRAU IV AAST) (Tabela 1), progrediu-se com o alívio do globo vesical por sondagem de coto de uretra proximal, reavivamento das bordas uretrais, espatulação de extremidades uretrais e anastomose uretro-uretral termino-terminal utilizando vicryl 4-0 pontos separados e mantido sonda vesical de demora de silicone 16fr.

Na sequência, realizado abordagem de corpos cavernosos com sutura contínua

da túnica albugínea utilizando fio absorvível vicryl 3-0 (Figura 3). Em último tempo cirúrgico, finalizou-se com postectomia clássica com pontos separados utilizando fio absorvível catgut cromado 4-0 (Figura 4) e curativo oclusivo.

O paciente recebeu alta no 1º dia pós operatório com orientações sobre abstinência sexual por 6 semanas. No 21º dia pós operatório, retornou com ferida operatória

em bom aspecto e foi retirado a sonda vesical de demora apresentando micção espontânea satisfatória. Em seguimento ambulatorial de 90º dia pós operatório, paciente nega disfunção erétil e refere bom padrão miccional.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Zaghbib S, Chakroun M, Essid MA, Saadi A, Bouzouita A, Derouiche A, Slama MRB, Ayed H, Chebil M. Solitary fibrous tumor of the kidney: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2019;62:112-114. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.08.004.
2. Fursevich D, Derrick E, O'Dell MC, Vuyyuru S, Burt J. Solitary Fibrous Tumor of the Kidney: A Case Report and Literature Review. *Cureus.* 2016 Feb 11;8(2):e490. doi: 10.7759/cureus.490.
3. De Luca L, Creta M, Barone B, Crocetto F, Cieri M, Campanino MR, Insabato L, Mangiapia F, Fusco F, Imbimbo C, Mirone V, Longo N. A case of incidentally discovered solitary fibrous tumor of the kidney: A case study. *Mol Clin Oncol.* 2020 Oct;13(4):39. doi: 10.3892/mco.2020.2109.
4. Xie Z, Zhu G, Cheng L, Liu J, Ye H, Wang H. Solitary fibrous tumor of the kidney: Magnetic resonance imaging characteristics in 4 patients. *Medicine (Baltimore).* 2018 Aug;97(34):e11911. doi: 10.1097/MD.00000000000011911.
5. Demirtaş A, Sabur V, Akgün H, Akınsal EC, Demirci D. Solitary fibrous tumor of the kidney: a case report. *Case Rep Urol.* 2013;2013:147496. doi: 10.1155/2013/147496.
6. Fletcher CD. The evolving classification of soft tissue tumours - an update based on the new 2013 WHO classification. *Histopathology.* 2014 Jan;64(1):2-11. doi: 10.1111/his.12267.
7. Ji WT, Hu Y, Wang Y. Case report: Solitary fibrous tumor of the kidney with a NAB2-STAT6 fusion gene. *Front Oncol.* 2022 Nov 16;12:1045238. doi: 10.3389/fonc.2022.1045238.
8. Znati K, Chbani L, El Fatemi H, Harmouch T, Kamaoui I, Tazi F, Bennis S, Amarti A. Solitary fibrous tumor of the kidney: a case report and review of the literature. *Rev Urol.* 2007 Winter;9(1):36-40.
9. Cheung F, Talanki VR, Liu J, Davis JE, Waltzer WC, Corcoran AT. Metachronous Malignant Solitary Fibrous Tumor of Kidney: Case Report and Review of Literature. *Urol Case Rep.* 2015 Oct 17;4:45-7. doi: 10.1016/j.eucr.2015.09.004.

AUTOR CORRESPONDENTE

Alceo Antonio Mai Junior

Endereço: Rua Antônio de Barros, 2501 / 101
Tatuapé

São Paulo, SP, 03401-000; Brasil

Telefone: + 27 9 9901-5312

E-mail: juniormai@hotmail.com

Submissão em:

10/2023

Aceito para publicação em:

03/2024