RELATO DE CASO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0236

LIPOSSARCOMA PRIMÁRIO RENAL: O QUE FAZER APÓS A NEFRECTOMIA? UM RELATO DE CASO

VICTOR H. GOMES (1), MARCELLO PITTA (1), PEDRO VITOR WEERSMA (1), ISABELLE MENESES DA PONTE (1)

1 Serviço de Urologia da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os sarcomas são neoplasias raramente encontradas no trato geniturinário. Seu manejo clínico apoiado na medicina baseada em evidências apresenta obstáculos devido à escassez de casos na literatura. O relato a seguir possui como objetivo resgatar conceitos essenciais sobre a condução dessa doença.

APRESENTAÇÃO DO CASO: O caso clínico apresenta um paciente masculino de 70 anos, que após investigação por quadro de perda ponderal, adinamia, palidez e lombalgia foi diagnosticado com massa renal volumosa em exame de imagem. Realizou nefrectomia radical, confirmando um lipossarcoma renal bem diferenciado. Após terapia adjuvante, paciente evoluiu com desfecho fatal em poucas semanas.

CONCLUSÃO: O lipossarcoma renal representa um desafio clínico devido à sua raridade e à semelhança clínico-radiológica com outras neoplasias renais mais comuns, sua evolução está intimamente relacionada à ressecção cirúrgica completa e suas características histopatológicas. O conhecimento limitado dessa doença destaca a necessidade de avanços no estudo sobre o tema.

Palavras-chave: Neoplasias renais, nefrectomia, sarcoma, lipossarcoma

ABSTRACT

INTRODUCTION: Sarcomas are rarely found neoplasms of the genitourinary tract. Their clinical management, supported by evidence-based medicine, presents obstacles due to the scarcity of cases in the literature. The following report aims to review essential concepts regarding the management of this disease.

CASE PRESENTATION: This case presents a 70-year-old male patient who, after investigation for weight loss, weakness, pallor, and low back pain, was diagnosed with a large renal mass on imaging. He underwent radical nephrectomy, confirming a well-differentiated renal liposarcoma. After adjuvant therapy, the patient progressed to death within a few weeks.

CONCLUSION: Renal liposarcoma represents a clinical challenge due to its rarity and clinical-radiological similarity to other more common renal neoplasms. Its progression is closely related to complete surgical resection and its histopathological characteristics. The limited knowledge of this disease highlights the need for advances in research on the subject.

Keywords: Renal neoplasms, nephrectomy, sarcoma, liposarcoma

© 2026 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

INTRODUÇÃO

Os sarcomas renais correspondem a menos de 1% de todas as neoplasias primárias desse órgão. Estes tumores são representados por uma extensa variedade de tipos histológicos, sendo os mais frequentemente encontrados: leiomiossarcoma, angiossarcoma, tumor maligno rabdóide, lipossarcoma e tumores primitivos neuroectodérmicos. (1)

O lipossarcoma (LPS) pode ser ainda dividido em outros subtipos, sendo os principais: LPS bem diferenciado, LPS desdiferenciado, LPS mixoide e LPS pleomórfico. Essa neoplasia, assim como outros tumores mesenquimais, é mais comumente encontrada em extremidades e nos tecidos moles da parede retroperitoneal, onde possuem curso mais indolente (2). O LPS e os sarcomas em geral, quando encontrados no rim, apresentam um pior prognóstico quando comparado ao seus equivalentes em outros sítios anatômicos, independente do tipo histológico.

Devido a raridade do LPS primário renal, seu manejo clínico é extrapolado de tumores similares em outras topografias e de alguns relatos ou séries de casos. A nefrectomia radical é o tratamento padrão inicial para a maioria dos casos.

O diagnóstico de sarcoma renal é realizado muitas vezes apenas após a nefrectomia radical, visto que a lesão primária geralmente é indistinguível do carcinoma de células claras em exames de imagem. No entanto, pode-se suspeitar do sarcoma renal na tomografia computadorizada (TC), em lesões com origem aparente da cápsula ou tecido peri sinusal; de rápido crescimento no exame comparativo; com presença de gordura ou tecido ósseo, bem como presença de padrão hipovascular (3). Além da semelhança radiológica, essa neoplasia se manifesta clinicamente de maneira similar ao carcinoma renal. Os principais sintomas quando presente são: massa palpável, dor abdominal e hematúria, sendo o quadro geralmente de rápida evolução.

O prognóstico da doença, assim como outras neoplasias urológicas, está intimamente relacionado ao estadiamento conforme critérios estabelecidos pela American Joint Committee on Cancer (2017), que ordena os sarcomas de retroperitônio nos seguintes estágios da classificação Tumor Node Metastasis (TNM) ilustrado a seguir (tabela 1). No intuito de inferir uma melhor predição prognóstica, associa-se também a classificação histopatológica da French Federation of Cancer Center Sarcoma Group (FFCCSG) (tabela 2) (4).

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

Paciente, 70 anos, natural de Redenção, Ceará, contador, iniciou quadro em Ja-

Tabela 1: Estadiamento conforme critérios TNM (T: tumor; N: nodo; M: Metástase; G: grau; Gx: grau não avaliado)

Estágio	Características do tumor
IA	T1, N0, M0, G1 ou Gx; Tumor é ≤5 cm
IB	T2, N0, M0, G1 ou Gx; Tumor é >5 cm
II	T1-4, N0, M0, G2 ou G3; Qualquer tamanho
IIIA	T2, N0, M0, G2 ou G3; Tumor é >5 cm e menor ou igual a 10cm
IIIB	T3-T4, N0, M0, G2 ou G3; Tumor é >10cm ou Qualquer T, N1, M0 ou G
IV	Qualquer T, N, M1, G

© 2026 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

Tabela 2: Critérios de classificação histológica conforme FFCCSG (CGA: Campo de grande aumento)

Diferenciação tumoral	Contagem mitótica (Mitoses/10 cga)	Necrose tumoral	Graduação histológica
Bom, 1 ponto	0-9, 1 ponto	Sem necrose, 0 ponto	G1: 2-3 pontos
Intermediário, 2 pontos	10-19, 2 pontos	< 50% de necrose, 1 ponto	G2: 4-5 pontos
Ruim, 3 pontos	≥ 20, 3 pontos	>50% de necrose, 2 pontos	G3: 6-8 pontos

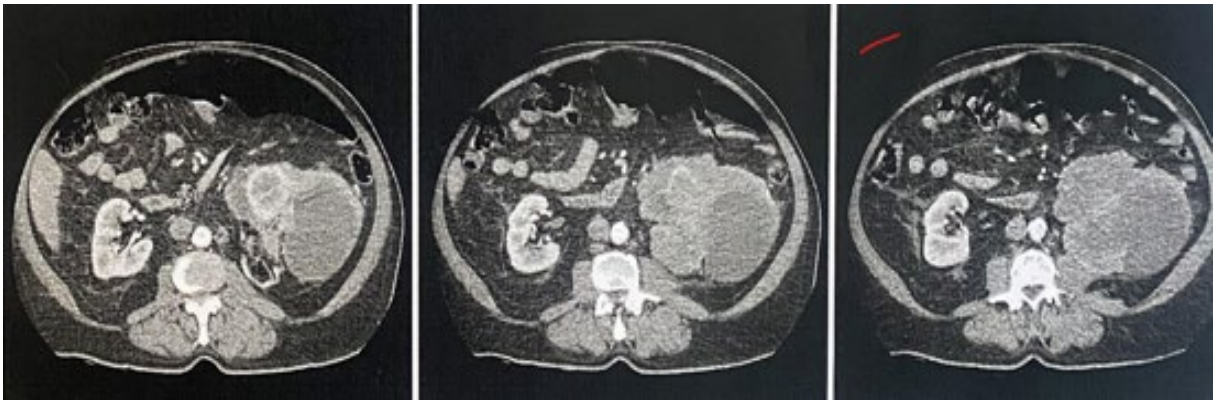
neiro de 2021 com perda ponderal, adinamia, palidez e dor lombar esquerda. Sem outras queixas. Irmã com adenocarcinoma de cólon, sem outros relatos de neoplasia na família. Referiu comorbidades obesidade, hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. Ao exame físico, apresentava estado geral regular, eupneico, abdome globoso, flácido, sem massa palpável, sem linfonodos palpáveis ou outras alterações evidenciadas. Exames laboratoriais com anemia (Hb de 8,6g/dL) e sem outras anormalidades. Realizou tomografia de tórax e abdome com contraste que evidenciou volumosa lesão sólido-cística em rim esquerdo medindo cerca de 14,8 x 12 cm nos seus maiores eixos (figura 1), sem doença em outros sítios anatômicos.

INTERVENÇÃO

Paciente, em fevereiro de 2023, foi submetido a nefrectomia radical esquerda por via aberta, sem lesão residual macroscópica visível no ato cirúrgico. Recebeu alta hospitalar no terceiro dia pós-operatório, sem intercorrências durante a internação. O resultado anatomopatológico apresentou rim esquerdo de 2620 g com medidas de 23 x 18 x 13 cm (figura 2), lesão sólido-cística ocupando mais da metade do parênquima e infiltrando tecido adiposo perirrenal. A microscopia revelou neoplasia fusiforme maligna acometendo parênquima, cápsula, hilo renal e tecido gorduroso perirrenal. Margem da artéria renal comprometida por malignidade. Necrose em 10% da amostra, grau nuclear 2 e índice mitótico leve (6/10 cga). A imuno-histoquímica confirmou lipossarcoma renal bem diferenciado com MDM2 positivo e Ki-67 positivo em 40% das células neoplásicas (figuras 3-6).

Após o resultado, devido a presença de margens positivas, o paciente foi submetido a 25 sessões de radioterapia adju-

Figura 1: Sequência de cortes axiais de tomografia computadorizada mostrando volumosa lesão sólido-cística em topografia renal esquerda com realce ao contraste iodado. A lesão é radiologicamente indistinguível do carcinoma de células renais.



© 2026 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

Figura 2: Produto de nefrectomia total à esquerda com rim pesando 2620 g e medindo 23 cm no maior eixo.



Figura 3: Neoplasia fusocelular de alto grau em meio a adipócitos maduros e com presença de figuras de mitose.

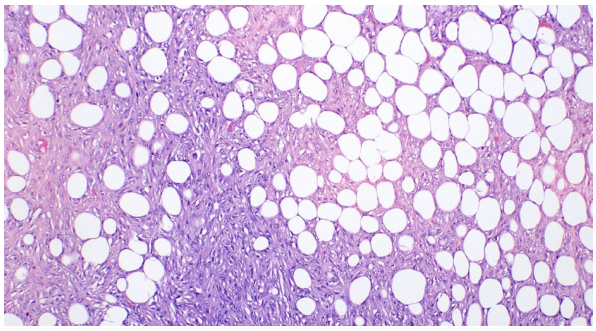


Figura 4: Maior aumento do tumor, com pleomorfismo celular moderado e numerosas mitoses.

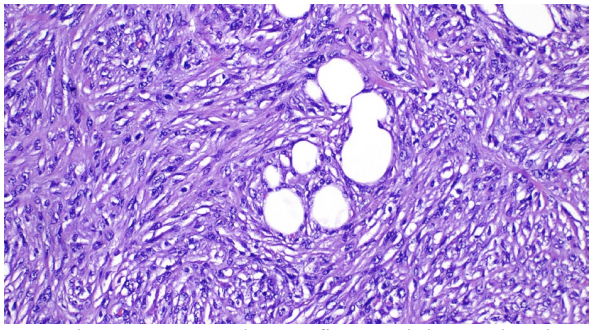


Figura 5: Índice de proliferação celular alto (Ki-67), em torno de 40% das células neoplásicas.

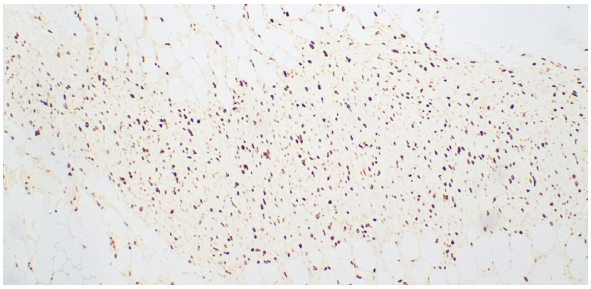
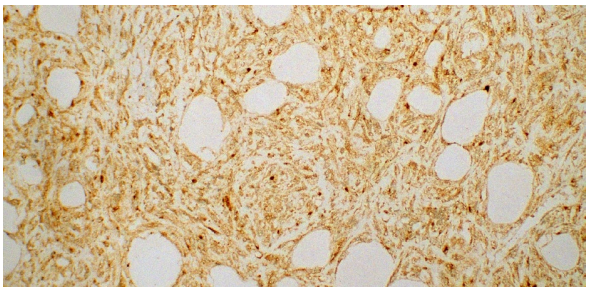


Figura 6: Positividade difusa , nuclear e citoplasmática, para MDM2.



vante com 200 cGy. Evoluindo com melhora dos sintomas, ganho de peso e melhora de performance status durante os primeiros meses de pós-operatório.

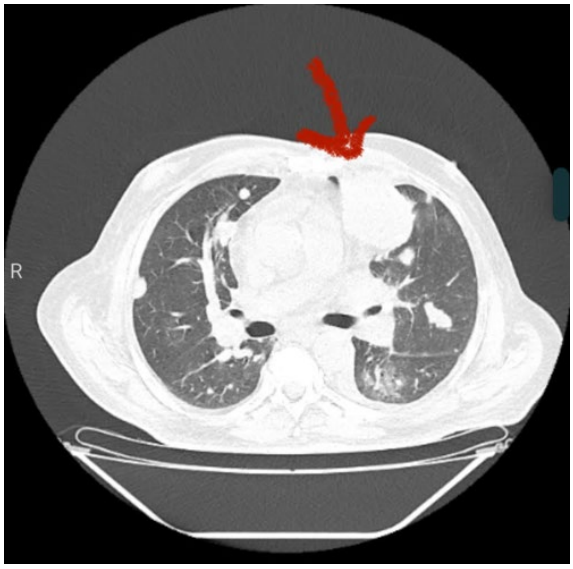
Entretanto, ao final de Junho 2023, o paciente relatou início progressivo de adinamia, desconforto respiratório e dores abdominais difusas. Após tomografia de controle foi evidenciado a presença de lesões nodulares pulmonares difusas, incluindo volumosa lesão em base esquerda (figura 7), múltiplas nodulações hepáticas hipovasculares, lesões osteolíticas vertebrais e osso ilíaco com fratura patológica associada, além de linfonodomegalia mediastinal e abdominal difusas. Paciente evoluiu a óbito por insuficiência respiratória aguda duas semanas após ressurgimento dos sintomas.

DISCUSSÃO

Os fatores prognósticos pós nefrectomia mais importantes para o paciente com

© 2026 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

Figura 3: Neoplasia fusocelular de alto grau em meio a adipócitos maduros e com presença de figuras de mitose.



sarcoma renal são: 1. Margens cirúrgicas: Uma revisão na literatura mais recente mostra que a ressecção completa do tumor com margens livres é o fator mais associado com aumento de sobrevida global e diminuição da mortalidade específica da doença. Portanto, a ressecção tumoral com margens livres de acometimento é um dos pilares mais importantes para prevenção da recidiva local e sistêmica. 2. Grau histológico tumoral: este é avaliado de acordo com as taxas de mitose, percentual de necrose tumoral, morfologia celular e nuclear seguindo critérios da OMS. (5) Enquanto o sarcoma de alto grau é frequentemente associado a um elevado percentual de metástases, o sarcoma de baixo grau apresenta um curso mais benigno, porém, ainda se caracterizando por um índice considerável de recidiva local.

Excluindo-se as lesões irressecáveis, a nefrectomia radical com margens livres é a principal forma de tratamento do sarcoma renal. A neoadjuvância com uso da radioterapia pode ser importante em casos selecionados, principalmente se houver conveniência na redução da massa tumoral para uma melhora na ressecabilidade da lesão. A terapia adjuvante também não deve ser preconizada de rotina, sendo melhor indicada para pacientes de alto risco, principalmente casos de doenças volumosas, lesões de alto grau ou margens cirúrgicas comprometidas. A adjuvância pode ser realizada com radioterapia ou terapia sistêmica, sendo utilizado regimes baseados em antraciclinas e ifosfamida. O LPS mixóide, em especial, apresenta uma boa resposta a trabectedina, um derivado alcalóide com mecanismo de ação desconhecido (6).

CONCLUSÃO

O lipossarcoma renal é uma doença rara, porém agressiva, com alto potencial de crescimento local e disseminação sistêmica. Suas classificações e manejo clínico são extrapolados de sarcomas com padrões histológicos similares em outras topografias. Neste relato de caso, o paciente foi diagnosticado com lipossarcoma, e apesar da nefrectomia radical, as margens cirúrgicas comprometidas tiveram grande impacto na progressão da doença. O tratamento com radioterapia pós-operatória levou a uma melhora temporária dos sintomas,

© 2026 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

mas a rápida disseminação de metástases para os pulmões, fígado e ossos resultou em um desfecho fatal em curto prazo.

A importância do diagnóstico preciso e do tratamento adequado para o lipossarcoma renal é enfatizada, uma vez que a ressecção cirúrgica completa, com margens livres de acometimento, é um fator prognóstico fundamental. No entanto, a falta de evidências específicas de tratamento para esse tipo raro de câncer impõe desafios clínicos significativos. A radioterapia e a terapia sistêmica podem ser consideradas em situações selecionadas, mas a eficácia dessas abordagens ainda não está bem estabelecida devido à escassez de casos.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Alevizakos M, Gaitanidis A, Korentzelos D, Basourakos SP, Burgess M. Renal sarcoma: a population-based study. Clin Genitourin Cancer. 2023;21(1):155-161. doi: 10.1016/j.clgc.2022.07.012
2. O'Regan KN, Jagannathan J, Krajewski K, Zukotynski K, Souza F, Wagner AJ, et al. Imaging of liposarcoma: classification, patterns of tumor recurrence, and response to treatment. AJR Am J Roentgenol. 2011;197(1):W37-W43. doi: 10.2214/AJR.10.5824
3. Shirkhoda A, Lewis E. Renal sarcoma and sarcomatoid renal cell carcinoma: CT and angiographic features. Radiology. 1987;162(2):353-357. doi: 10.1148/radiology.162.2.3797647
4. Amin MB, Edge SB, Greene FL, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al., eds. AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York: Springer; 2017.
5. Singer S, Antonescu CR, Riedel E, Brennan MF. Histologic subtype and margin of resection predict pattern of recurrence and survival for retroperitoneal liposarcoma. Ann Surg. 2003;238(3):358-371. doi: 10.1097/01.sla.0000086542.11899.38
6. Grosso F, Jones RL, Demetri GD, Judson IR, Blay JY, Le Cesne A, et al. Efficacy of trabectedin (ecteinascidin-743) in advanced pretreated myxoid liposarcomas: a retrospective study. Lancet Oncol. 2007;8(7):595-602. doi: 10.1016/S1470-2045(07)70175-4

Recebido em:
22 de maio de 2024

Aceito para publicação em:
30 de setembro de 2025

AUTOR CORRESPONDENTE
Dr. Victor Hugo Bezerra Gomes
Serviço de Urologia da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil
R. Barão do Rio Branco, 20, Centro, Fortaleza, CE, 60025-060
E-mail: victorhzbg@gmail.com

PEDRO VITOR WEERSMA
ORCID: *http://orcid.org/0000-0002-6153-3180*

© 2026 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.