

# Obstrução Infravesical Aguda devido a Linfoma Primário de Próstata

*Carlos Eduardo Dainezzi Bolognani (1), Fernando Luz Dourado (1), Samuel Saiovici (1), Sandro Nassar de Castro Cardoso (1), Eloisa Moreira Martin (1), João Norberto Stávale (1), Elisa Maria Capitian Silva (1), Rafael Augusto Capitian Silva (1), Érico Luís Dantas Diógenes Saldanha (1) e Jorge Luis Wilson Júnior (1).*

*1. Serviço de Urologia do Hospital Professor Edmundo Vasconcelos*

## RESUMO

**Introdução:** Linfoma primário de próstata é raro, representa 0,09% das neoplasias de próstata e 0,1% de todos os linfomas não Hodgkins. O envolvimento secundário da glândula é a apresentação mais frequente. A apresentação clínica é semelhante a outras patologias prostáticas. Justifica-se a apresentação deste caso pela raridade, pela apresentação clínica de rápida evolução e dos critérios de caracterização como patologia primária.

**Relato do Caso:** Paciente de 75 anos, com sintomas urinários de esvaziamento há 2 meses, de início súbito, evoluindo com retenção urinária, sendo sondado. O PSA elevou-se de 1,78 ng/ml para 5,28 ng/ml, em 6 meses. Ressonância nuclear magnética: massa prostática de 756g. Biópsia prostática: neoplasia maligna de grandes células. Imunohistoquímica: linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B. Submetido a poliquimioterapia, havendo regressão da massa prostática para 275g, ao USG, permitindo a retirada do cateter vesical. Evoluiu a óbito em 6 meses.

**Discussão:** O linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B apresenta grande agressividade e sobrevida de semanas a meses se não tratados. O valor do PSA geralmente não se altera significativamente. O paciente em estudo apresentou elevação dos níveis de PSA, ao contrário do relatado pela literatura. Evoluiu à óbito, apesar do tratamento preconizado, mostrando o ruim prognóstico deste tipo de linfoma. O linfoma de próstata é uma patologia rara que deve ser incluída no diagnóstico etiológico diferencial de obstrução infravesical, principalmente em pacientes que apresentam próstatas de grandes dimensões, rápida evolução clínica ou história prévia de linfoma em outros sítios.

## AUTOR CORRESPONDENTE



**Carlos Eduardo  
Dainezzi Bolognani**

Rua das Hortênsias, 212; Apto 22;  
Mirandópolis; São Paulo, SP  
CEP: 04051-000

Email: kadubolognani@yahoo.com.br

## PALAVRAS-CHAVE

próstata, obstrução e linfoma.

## INTRODUÇÃO

Linfoma primário de próstata é raro, representa 0,09% das neoplasias de próstata e 0,1% de todos os linfomas não Hodgkins(1-3) e, muitas vezes, é achado incidental, quando realizado ressecção endoscópica de próstata ou prostatectomia transvesical para tratamento da hiperplasia prostática benigna. O envolvimento secundário da glândula é a apresentação mais frequente (1).

A apresentação clínica é semelhante a outras patologias prostáticas. O emprego da anatomia-patológica, através da imunohistoquímica é fundamental para o diagnóstico correto e posterior tratamento com quimioterápico adequado, evitando tratamento cirúrgico desnecessário (3).

Justifica-se a apresentação deste caso pela raridade, pela apresentação clínica de rápida evolução, e dos critérios de caracterização como patologia primária.

## RELATO DO CASO

Paciente, do sexo masculino, 75 anos, com sintomas urinários de esvaziamento há 2 meses, de início súbito, evoluindo com retenção urinária, sendo sondado. Apresenta há 5 anos doença renal crônica, não dialítica, após realizar nefrectomia radical por neoplasia renal primária. Ausência de perda ponderal, linfonomegalia e febre.

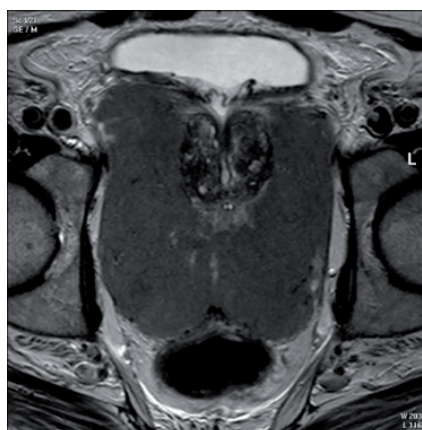
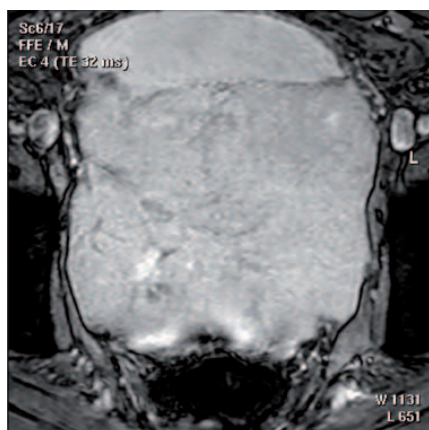
Ao exame físico evidenciou-se massa palpável indolor em hipogástrio, mesmo com sonda vesical de demora. Exame digital retal demonstrou próstata volumosa, sem nódulos, de característica fibroelástica.

Os exames complementares laboratoriais demonstraram PSA (antígeno prostático específico) de 5,28 ng/ml, com exame prévio, há 6 meses, de 1,78 ng/ml. Avaliação por ultrassonografia, USG, (Fig. 1) e por ressonância nuclear magnética (RNM) evidenciaram massa prostática de 756g (Fig. 2 e 3).

**Figura 1. USG: grande massa prostática**



**Figura 2 e 3. RNM de pelve evidencia grande massa prostática de 756g**



Realizou-se biópsia da massa prostática por via transretal guiada por ultrassonografia, sendo o resultado anátomo-patológico: neoplasia maligna de grandes células (Fig. 4). Foi realizada a complementação com exame imunohistoquímico, concluindo-se pelo diagnóstico de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B.

O estadiamento com ressonância nuclear magnética do abdome, pelve e tórax: evidenciou ausência de acometimento extra-prostático. A biópsia de medula óssea realizada resultou negativa.

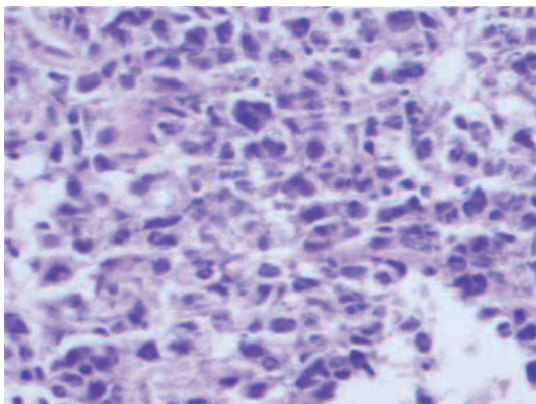
O doente foi submetido a poliquimioterapia com CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona) associado a rituximab, havendo regressão da massa prostática para 275g, evidenciada pelo USG (Fig. 5), permitindo a retirada do cateter vesical após o primeiro ciclo de quimioterapia.

Ocorreu óbito, apesar do acompanhamento onco-hematológico, após 6 meses do diagnóstico inicial devido a acidente vascular encefálico, secundário a metástase cerebral.

## DISCUSSÃO

Linfomas são transformações neoplásicas de células linfóides normais que residem predominantemente em tecidos linfóides. São morfológicamente divididos em linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin (4), e, subdivididos em baixo e alto grau. O linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B constitui exemplo de linfoma não-Hodgkin de alto grau, que apresenta alto índice de proliferação celular, grande agressividade e sobrevida de semanas a meses se não tratados (4,5).

**Figura 4. Biópsia prostática corada pela hematoxilina-eosina (magnificação final X400): neoplasia maligna de grandes células.**



A apresentação extranodal corresponde a 24 a 48% dos casos, e destes, menos de 10% incidem o trato genituri-nário, sendo rins, testículos, bexiga, os órgãos mais acometidos, e o tecido prostático o de mais raro acometimento (6-8).

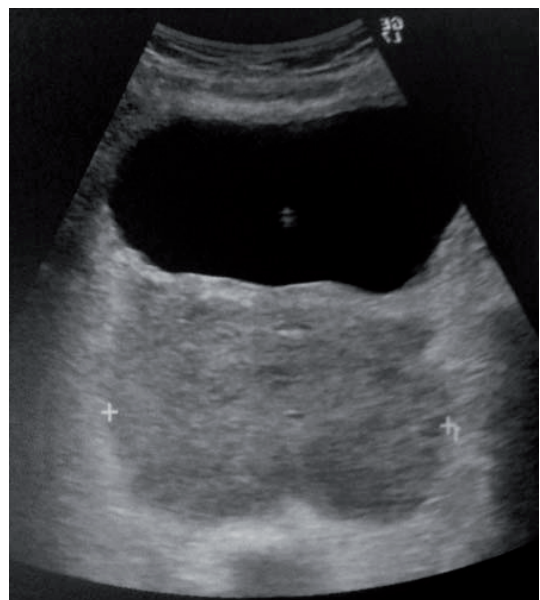
Define-se como linfoma primário da próstata quando a doença é restrita a glândula, com presença de sintomas urinários de esvaziamento, e comprovação de ausência de acometimento do sistema hematopoiético em período de até um mês do diagnóstico inicial (1,3).

A forma mais comum de apresentação do linfoma de próstata é através da presença de sintomas urinários de esvaziamento, que podem evoluir para insuficiência renal. Sintomas sistêmicos como perda ponderal, febre e linfomegalia são incomuns. O toque retal, geralmente, revela próstata muito aumentada, com ausência de nódulos (1). O valor do PSA geralmente não se altera significativamente, uma vez que não acompanha o volume prostático em função de não ser o tumor de origem glandular primariamente (1,9).

A idade de acometimento é variável, sendo descritos casos em pacientes de 5 a 89 anos, com média de 62 anos. O tipo histológico mais comum é o linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (3).

Apesar do péssimo prognóstico (7,9,10), o tratamento de escolha, em pacientes com idade superior a 60 anos, é a poliquimioterapia, que envolve oito ciclos de CHOP, associado a rituximab (4).

**Figura 5. USG: mostra regressão prostática com peso de 275g.**



O paciente relatado não evoluiu com piora da função renal, apesar da grande massa prostática e por ser portador de doença renal crônica não dialítica. Apresentou elevação dos níveis de PSA, ao contrário do relatado pela literatura. Evoluiu à óbito, apesar do tratamento preconizado, mostrando o ruim prognóstico deste tipo de linfoma.

O linfoma de próstata é uma patologia rara que deve ser incluída no diagnóstico etiológico diferencial de obstrução infravesical, principalmente em pacientes que apresentam próstatas de grandes dimensões, rápida evolução clínica ou história prévia de linfoma em outros sítios.

## REFERÊNCIAS

1. Antunes AA, Dall'Oglio M, Srougi M. Primary lymphoma of the prostate: a rare cause of urinary obstruction. *International Braz J Urol*. 2004; 30(5): 410-2.
2. Bostwick DG, Mann RB: Malignant lymphomas involving the prostate. A study of 13 cases. *Cancer*. 1985; 56: 2932-8.
3. Alvarez CA, Rodriguez BI, Perez LA. Primária linfoma difuso de grandes células B da próstata em um paciente jovem. *International Braz J Urol*. 2006; 32(1): 64-5.
4. Araújo LHL, Vctotino APOS, Melo AC, Assad DX, Lima DS, Alencar DR, Moreira MML, Filho OM, Coelho RFS, Asmar SB, Pereira BSV, Scheliga A. Linfoma não-Hodgkin de alto grau – Revisão da literatura. *Revista Brasileira de cancerologia*. 2008; 54(2): 175-83.
5. Sánchez-Beato M, Sánchez-Agulera A, Piris MA. Cell cycle deregulation in B-cell lymphomas. *Blood*. 2003;101(4):1220-35.
6. Zuazu JR, Iglesias R, Costa DR, Mayans AR, Roselló XB, Santos AP, Polo JMB. Linfoma Prostático y Revisión de la Literatura Prostatic Lymphoma and review of the literature. 2009; *Actas Urol Esp*: 33(6): 686-90.
7. Sacanella E, Fernández-Solá J, Junqué JA, Hernández V, Casado X, Coca A. Prostatic syndrome as presentation form of non-Hodgkin's lymphoma. *Actas Urol Esp*. 1992;16(10):816-818.
8. Weimar G, Culp DA, Loening S, Narayana A. Urogenital involvement of malignant lymphomas. *J Urol*. 1981;125(2):230-231.
9. Bostwick DG, Iczkowski KA, Amin MB, Discigil G, Osborne B: Malignant lymphoma involving the prostate: report of 62 cases. *Cancer*. 1998; 83: 732-8.
10. Undargarain OO, José A. Hermida Pérez JAH, Oca JOM, León JMF. Linfoma Linfocítico, bien diferenciado de la próstata, Presentación de un caso y breve revisión de la literatura. *Arch. Esp. Urol*. 2006; 59(5): 538-41.

## COMENTÁRIO EDITORIAL

O acometimento primário de linfomas no sistema gênito-urinário é bastante incomum, sendo a próstata o sítio mais raro nestes casos. Por conta desta raridade tem merecido diversos relatos na literatura. Em trabalho que analisou 4,831 espécimes de próstata (3,405 biopsias, 266 produtos de RTU e, 1,160 prostatectomias) foram encontrados 29 casos de envolvimento prostático por linfo-

ma (0.6%) sendo apenas 18 com envolvimento primário da próstata<sup>1</sup>. Os autores conseguiram demonstrar não se tratar de acometimento secundário do linfoma o que seria uma apresentação menos infrequente. O artigo enfatiza a possibilidade deste diagnóstico diferencial e o tratamento preconizado corretamente de quimioterapia sistêmica com rituximab após confirmação por imunohistoquímica.

---

## REFERÊNCIAS

---

1. Chu PG, Huang Q, Weiss LM. Am J Surg Pathol. 2005 May;29(5):693-9.

**Dr. Eduardo Café**

Coordenador do Serviço de Urologia do Hospital  
Santa Izabel - Santa Casa de M. da Bahia  
Centro Médico, sala 110,  
tel/fax (71) 22038686/ 41027879  
Email: eduardocafe@gmail.com