

---

**Linfoma primário de grandes células b da próstata:  
relato de caso**  
**Primary large B-cell lymphoma of the prostate:  
case report**

---

AISSAR EDUARDO NASSIF<sup>1</sup>  
HÉLIO JORGE POZZOBON<sup>2</sup>  
WILLIAM SETSUMI TAGUCHI<sup>3</sup>  
PAOLA DE COSTA SOUZA<sup>4</sup>  
FRANCISMAR LEAL<sup>5</sup>

**RESUMO:** Linfomas primários de próstata são raros, representando menos de 0,09% das neoplasias. O objetivo deste trabalho é relatar linfoma primário não-Hodgkin de grandes células B de próstata em homem de 64 anos, submetido à ressecção endoscópica de próstata, cuja avaliação dos fragmentos de tecido demonstrou através de estudos imunohistoquímicos esta patologia. Optou-se pela radioterapia conformacional, havendo recidiva precoce dos sintomas associado a insuficiência renal, e evoluindo com infiltração do canal medular e de SNC, e evoluindo a óbito por sepsis por pneumonia.

**Palavras-chave:** Linfoma Não-Hodgkin. Próstata. Radioterapia. Quimioterapia.

**ABSTRACT:** We report a case of a primary large B-cell non-Hodgkin's lymphoma of the prostate in a 64 y-old man, treated with TUR (transurethral resection) of the prostate. The histological and immunohistochemical methods confirmed the pathology. The first

---

<sup>1</sup>Professor Adjunto da Uningá, Coordenador da Residência em Cirurgia Hospital Santa Rita – R. Piratininga, 159, Cep 87070-810, Maringá-PR, e-mail: aissar.nassif@sbu.org.br

<sup>2</sup>Médico Urologista

<sup>3</sup>Professor Adjunto da Universidade Estadual de Maringá UEM.

<sup>4</sup>Doutoranda em Patologia pela Universidade de São Paulo USP.

<sup>5</sup>Hematologista, Professor Assistente da Uningá.

treatment was radiotherapy but the patient showed recidive of symptoms and renal failure; before systemic chemotherapy he developed infiltration of sacral medulla and CNS, pneumonia, hipercalcemia and evoluted to death.

**Key-words:** Non-Hodgkin's Lymphoma. Prostate. Radiotherapy. Chemotherapy.

## INTRODUÇÃO

Os linfomas primários de próstata são lesões raras, representando 0,09% das neoplasias prostáticas e 0,1% de todos os linfomas não-Hodgkin (ALVAREZ; RODRIGUES; PEREZ, 2006; ANTUNES; DALL'OGGIO; SROUGI, 2004; BOSTWICK et al., 1998; FERRY; YOUNG, 1997; MAHLKNECHT; GALLMETZER, 1995).

O envolvimento secundário da glândula é mais freqüente, sendo que entre as manifestações clínicas mais comuns encontram-se: hematúria, sintomas irritativos semelhantes aos desencadeados pelas obstruções infra-vesicais e a obstrução extrínseca manifestada por anúria e insuficiência renal (ALVAREZ; RODRIGUES; PEREZ, 2006; FERRY; YOUNG, 1997; MERMERSHTAIN et al., 2001).

A análise histológica, técnicas imuno-histoquímicas e em alguns casos estudos moleculares, são necessários para que se chegue ao diagnóstico final (FERRY; YOUNG, 1997). Neste artigo, os autores descrevem um caso de Linfoma Não Hodgkin de próstata, discutindo principalmente os aspectos clínicos desta neoplasia rara nesta localização.

## RELATO DE CASO

Paciente de 64 anos, masculino, com sintomas de obstrução infra-vesical e sintomas de trato urinário inferior (IPSS – 25), com piora da sintomatologia em vigência de uso de alfa-bloqueador, foi submetido à ressecção endoscópica de próstata sem intercorrências. Este material foi submetido a estudo histopatológico e imunohistoquímico cuja positividade para o anticorpo CD 20 (clone L26 - DAKO) concluiu para Linfoma não Hodgkin de grandes células tipo B com índice de proliferação celular de 80% infiltrado parênquima prostático (Figuras 1 e 2).

Procedeu-se ao estadiamento da patologia através de cistoscopia com biópsia seriada de bexiga e tomografia computadorizada de abdome e

tórax e sem evidências de localização extra-prostática. Optou-se pela realização da radioterapia conformacional com 5600cGy, 200cGy/dia em pélvis com acelerador linear. Paciente evoluiu com incontinência parcial e após dois meses evoluiu com insuficiência renal associada quadro de uretero-hidronefrose bilateral. Após compensação clínica inicial paciente apresentou agravamento do quadro clínico com infiltração do canal medular pelo tumor estendendo-se ao SNC e apresentando associada pneumonia, hipercalcemia, sepsis evoluindo a óbito antes do início da quimioterapia.

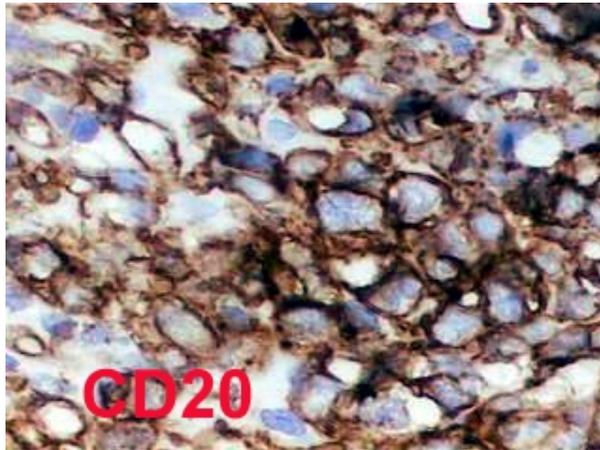


Figura 1. Estudo imunohistoquímico positivo para o anticorpo CD 20 (clone L26 - DAKO)

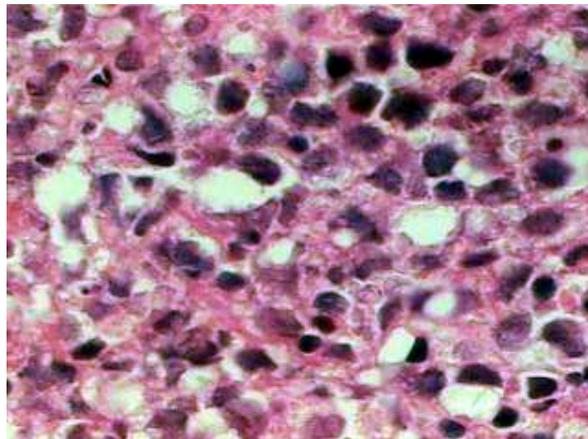


Figura 2. Linfoma não Hodgkin de grandes células tipo B com índice de proliferação celular de 80%

## DISCUSSÃO

Aproximadamente 1/3 dos linfomas não-Hodgkins ocorrem em sítios extras nodais (MERMERSHTAIN et al., 2001; SARRIS et al., 1995). Linfomas primários de próstata representam 0,1% dos casos, sendo na maioria das vezes achados incidentais após cirurgias prostáticas para resolução de obstrução vesical (BOSTWICK et al., 1998).

Linfomas primários ocorrem em homens na 6ª década de vida. Os sintomas mais frequentes são irritativos e obstrutivos e estes levando a falência renal. A ocorrência de sintomas sistêmicos como febre, perda de peso, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia inguinal, ou alterações laboratoriais são incomuns (ALVAREZ; RODRIGUES; PEREZ, 2006; BOSTWICK et al., 1998; FERRY; YOUNG, 1997).

As definições de linfomas primários de próstata se baseiam em critérios rígidos (FERRY; YOUNG, 1997; MAHLKNECHT; GALLMETZER, 1995). Os principais sintomas são os urinários, a doença ocorre predominantemente na próstata, com ou sem extensão para os tecidos adjacentes, sem que haja envolvimento linfonodal, hepático, esplênico ou sanguíneo após um mês do diagnóstico. Este pode ser feito de forma segura através da histopatologia com emprego de técnicas imunofenotípicas e moleculares (FERRY; YOUNG, 1997).

O diagnóstico diferencial inclui prostatite, carcinoma de pequenas células, carcinoma tipo linfoepitelioma e linfoma de Hodgkin (HL) sendo necessário estudo imunohistoquímico para definição diagnóstica (ALVAREZ; RODRIGUES; PEREZ, 2006; ANTUNES; DALL'OGGIO; SROUGI, 2004; BOSTWICK et al., 1998).

Diversas modalidades terapêuticas são relatadas: prostatectomia, radioterapia, quimioterapia. A cirurgia radical não é indicada uma vez que a doença local é bem controlada por radio ou quimioterapia. Apesar destes tumores apresentarem mau prognóstico, alguns artigos mostram sobrevida prolongada (SARRIS et al., 1995).

## REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, C.A.; RODRIGUES, B.I.; PEREZ, L.A. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the prostate in a young patient. *Int Braz J Urol*, v.32, p.64-5, 2006.
- ANTUNES, A.A.; DALL'OGGIO, M.; SROUGI, M. Primary lymphoma of the prostate: a rare cause of urinary obstruction. *Int Braz J Urol*, v.30, p.410-2, 2004.
- BOSTWICK, D.G. et al. **Malignant lymphoma involving the prostate** v.83, p.732-8, 1998.

- FERRY, J.A.; YOUNG, R.H. Malignant lymphoma of the genitourinary tract. **Curr Diag Pathol**, v.4, p.145-69, 1997.
- MAHLKNECHT, A.; GALLMETZER, J. Non-Hodgkin's lymphoma with primary localization in the bladder and prostate region. Description of a case. **Minerva Urol Nefrol**, v.47, p.39-41, 1995.
- MERMERSHTAIN, W. et al. Primary malignant lymphoma of the prostate – a report of three cases. **Leuk Lymphoma**, v.42, p.809-11, 2001.
- SARRIS, A. et al. Primary lymphoma of the prostate: a good outcome with doxorubicin-based combination chemotherapy. **J Urol**, v.153, p.1852-4, 1995.

Enviado: junho de 2009.

Revisado e Aceito: julho de 2009.

