

Nem todo Bosniak IV é câncer: granuloma renal tipo corpo estranho simulando carcinoma de células renais

Not all Bosniak category IV cysts are malignant: foreign body granuloma mimicking renal cell carcinoma

Sr. Editor,

Paciente do sexo masculino, 62 anos de idade, há 5 anos apresentando aumento do volume abdominal, sem dor ou desconforto, episódios febris, perda ponderal ou qualquer queixa referente aos tratos urinário e gastrointestinal. Negou trauma ou passado operatório. Procedeu-se a investigação com tomografia computadorizada de multidetectores, que revelou volumoso cisto com calcificações parietais e componente sólido com realce pós-contraste no rim esquerdo (categoria IV de Bosniak), associado a linfonodomegalia atípica retroperitoneal, além de cistos renais simples bilateralmente (Figuras 1A, 1B e 1C). O paciente foi submetido a nefrectomia total e a análise histopatológica demonstrou processo inflamatório granulomatoso tipo corpo estranho, pielonefrite crônica com hialinização glomerular e ausência de malignidade no material examinado (Figura 1D).

As lesões císticas renais são os achados mais comuns na prática diária do médico radiologista e com diagnóstico simples e preciso pelos métodos de imagem. Porém, cistos complexos ou com componentes sólidos necessitam de maior caracterização para a avaliação dos diagnósticos diferenciais e conduta terapêutica⁽¹⁻³⁾. Em 1986, Bosniak⁽⁴⁾ desenvolveu um esquema de classificação baseado nos critérios de imagem fornecidos pela tomografia computadorizada que permite analisar os aspectos do contorno e conteúdo do cisto renal, presença de septações e/ou calcificações, e avaliação do realce após a administração intravenosa do meio de contraste, determinando-as em ordem crescente para a probabilidade de malignidade: simples (I), minimamente complicadas (II), minimamente complicadas que requerem seguimento (IIF), indeterminadas (III) ou neoplasias císticas (IV)^(1,2,4).

As lesões classificadas na categoria IV são neoplasias císticas com componentes sólidos que apresentam realce pós-contraste, adjacentes à parede da lesão ou de septos (grosseiros ou nodulares) associados, além de também poderem apresentar espessamento parietal. São consideradas câncer de células renais (CCR) até que se prove o contrário^(1,5). Granulomas de corpo

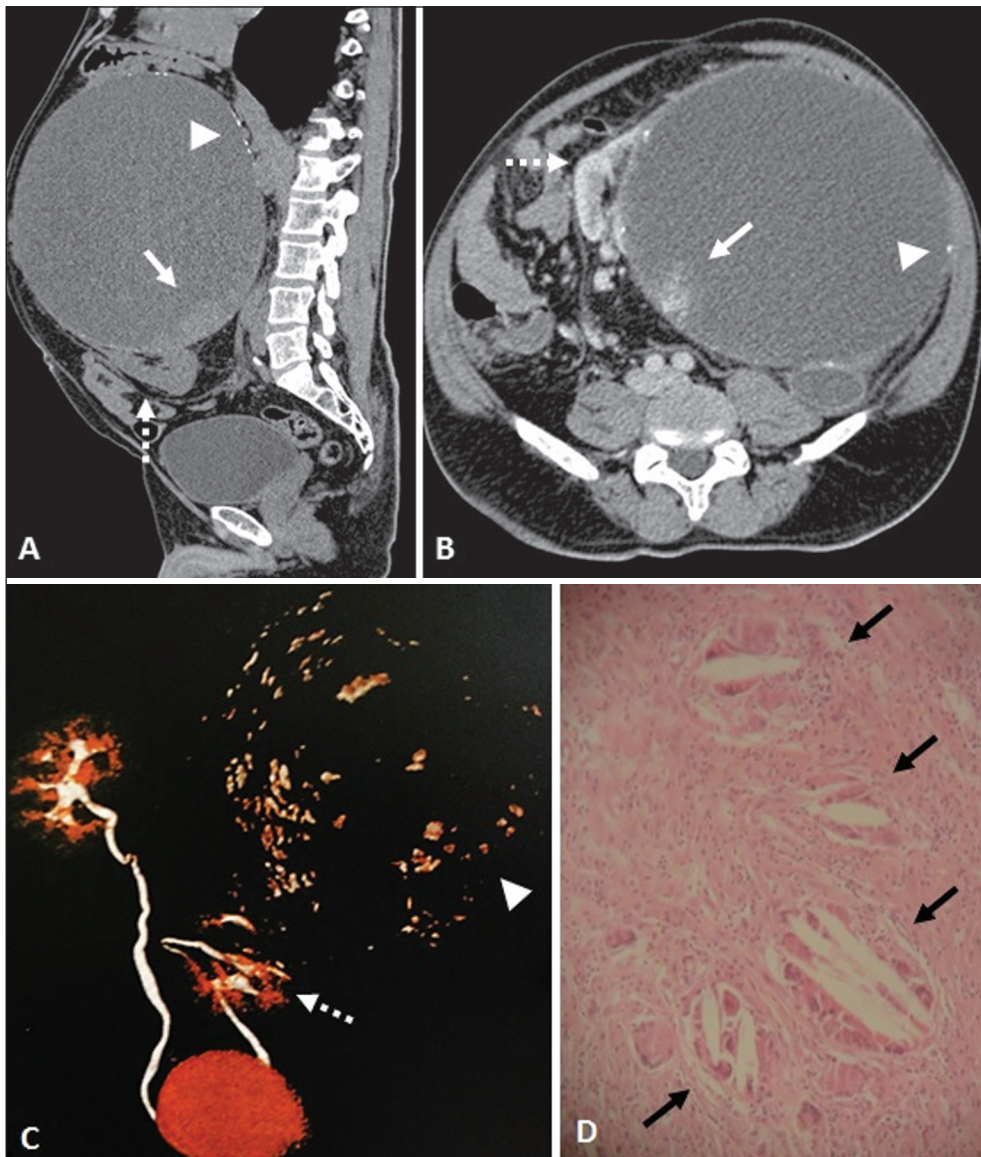


Figura 1. Imagens de tomografia computadorizada de múltiplos detectores sagital sem contraste (A), axial após administração de meio de contraste intravenoso (B) e reconstrução tridimensional (C) demonstrando volumosa formação cística renal à esquerda, que apresenta calcificações parietais difusas (cabeças de setas) e componente sólido com realce após a administração do meio de contraste intravenoso no aspecto inferior do cisto (setas), categoria IV de Bosniak, justaposto ao parênquima renal (setas pontilhadas). D: Lâmina histológica do componente sólido corada com hematoxilina-eosina, aumento 10x, demonstrando processo inflamatório granulomatoso tipo corpo estranho (setas), sem indícios de malignidade.

estranho são incomuns e indistinguíveis do CCR, lesão sólida renal mais comum, uma vez que ambos têm características radiológicas semelhantes⁽⁵⁾.

As características por imagem do granuloma renal de corpo estranho são altamente variadas, a depender da presença de calcificação, componente adiposo e necrose. Em razão dessas características, a distinção radiológica entre granuloma de corpo estranho, CCR e angiomiolipoma é bastante difícil. Outros diagnósticos diferenciais incluem: carcinoma de células transicionais, oncocitoma, linfoma, leiomioma, pielonefrite xantogranulomatosa e doença de Erdheim-Chester^(2,3,5-7).

Com o aumento do número de nefrectomias parciais por laparoscopia, a incidência de granuloma por corpo estranho também aumentou⁽⁵⁾. Na presença de lesão renal expansiva exibindo calcificações e focos adiposos, quando bem encapsuladas e sem sinal de infiltração das estruturas adjacentes, deve-se considerar a possibilidade de granuloma, principalmente se há relato de manipulação cirúrgica de vias urinárias⁽⁶⁾. Destaca-se ainda que granulomas renais não são exclusivamente associados à inclusão de corpos estranhos no parênquima renal. Pode haver sua formação em decorrência de doenças sistêmicas, substâncias endógenas inertes ou até mesmo de origem idiopática⁽⁸⁾.

REFERÊNCIAS

1. Miranda CMNR, Maranhão CPM, Santos CJJ, et al. Bosniak classification of renal cystic lesions according to multidetector computed tomography findings. *Radiol Bras.* 2014;47:115-21.

2. Israel GM, Bosniak MA. How I do it: evaluating renal masses. *Radiology.* 2005;236:441-50.
 3. Kutikov A, Fossett LK, Ramchandani P, et al. Incidence of benign pathologic findings at partial nephrectomy for solitary renal mass presumed to be renal cell carcinoma on preoperative imaging. *Urology.* 2006;68:737-40.
 4. Bosniak MA. The current radiological approach to renal cysts. *Radiology.* 1986;158:1-10.
 5. Öz II, Mungan A, Şerifoğlu I, et al. Suture granuloma mimicking renal cell carcinoma: magnetic resonance imaging (MRI) and pathologic correlation. *Journal of Urological Surgery.* 2014;1:36-8.
 6. Ferrozzi F, Bova D, Gabrielli M. Foreign-body granuloma of the kidney: CT, MR and pathologic correlation. *Eur Radiol.* 1999;9:1590-2.
 7. Kim JY, Kim JK, Kim N, et al. CT histogram analysis: differentiation of angiomyolipoma without visible fat from renal cell carcinoma at CT imaging. *Radiology.* 2008;246:472-9.
 8. Joss N, Morris S, Young B, et al. Granulomatous interstitial nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2007;2:222-30.

Lucas de Pádua Gomes de Farias^{1,a}, Igor Gomes Padilha^{1,b}, Carla Jotta Justo dos Santos^{2,c}, Christiana Maia Nobre Rocha de Miranda^{2,d}

1. Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil. 2. Clínica de Medicina Nuclear e Radiologia de Maceió (MedRadius), Maceió, AL, Brasil.

Correspondência: Dra. Christiana Maia Nobre Rocha de Miranda. Clínica de Medicina Nuclear e Radiologia de Maceió (MedRadius). Rua Hugo Corrêa Paes, 104, Farol. Maceió, AL, Brasil. E-mail: maia.christiana@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0001-5195-9818>; b. <https://orcid.org/0000-0002-7639-0397>; c. <https://orcid.org/0000-0001-7205-8656>; d. <https://orcid.org/0000-0002-7750-6638>.

Recebido para publicação em 22/10/2017. Aceito, após revisão, em 25/1/2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0197>



Fístula ureterocolônica como achado incidental no enema opaco de enchimento

Ureterocolic fistula as an incidental finding after barium enema

Sr. Editor,

Paciente mulher, 42 anos, com história de cirurgia de Hartmann há 7 meses para tratamento de carcinoma colorretal, em

avaliação pré-operatória para fechamento da colostomia. Negou queixas clínicas, comorbidades e quimiorradioterapia prévia. Durante realização de clister opaco (Figura 1), observou-se opacificação do ureter e sistema coletor renal esquerdo pelo meio de contraste baritado, compatível com fístula ureterocolônica, com trajeto fistuloso de difícil caracterização, provavelmente interligando o coto distal ao terço médio do ureter esquerdo.

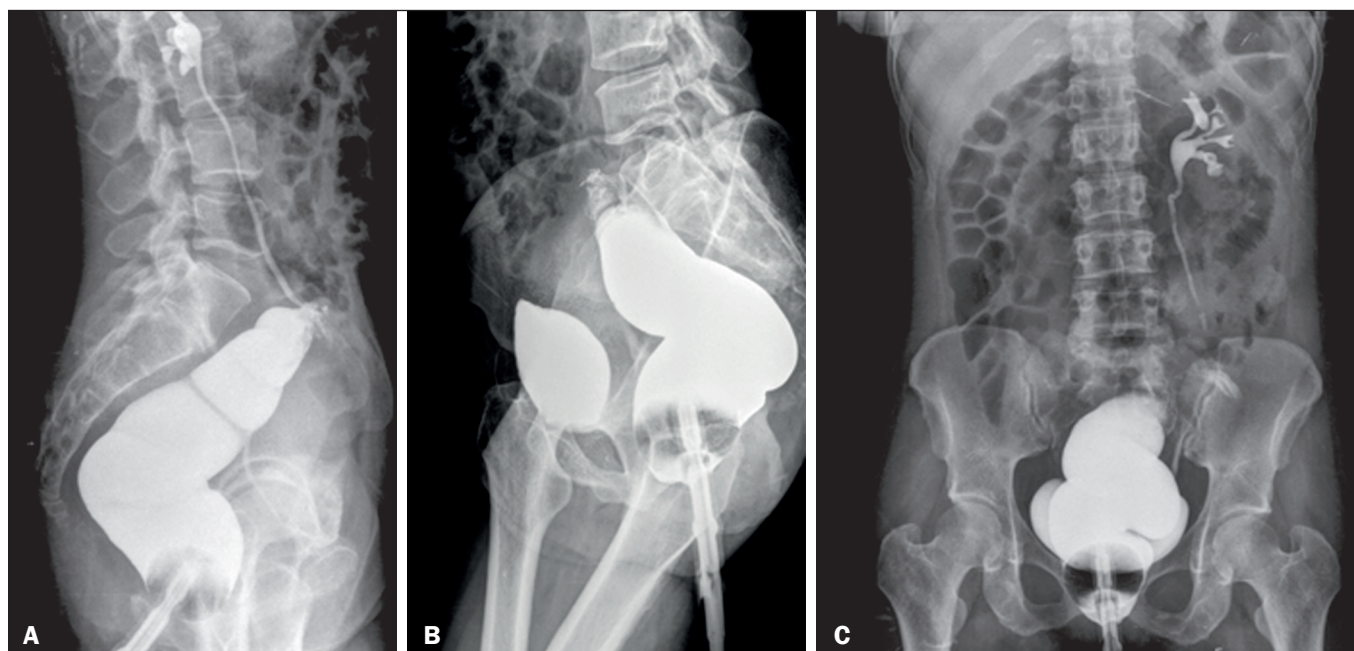


Figura 1. Enema opaco de enchimento. A,B: Incidências em perfil mostrando opacificação inicial do reto e cólon distal remanescente, ureter e sistema coletor renal esquerdo (A) e opacificação posterior da bexiga urinária (B). C: Incidência em em posteroanterior demonstrando opacificação posterior da bexiga urinária.