Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Hiperplasia folicular e hemangioma cavernoso apresentando-se em forma de nódulo suspeito de câncer renal

Follicular hyperplasia and cavernous hemangioma presenting as a nodule suggestive of renal cancer

Hiperplasia folicular y hemangioma cavernoso que se presenta como un nódulo sugestivo de cáncer renal

Lucas Soares dos Santos[1], Sabrina de Oliveira Pinheiro[1], Diego Nogueira Miranda[1], Wesley Queiroz Muniz[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever um caso de hiperplasia folicular e outro de hemangioma cavernoso que foram considerados neoplasia renal devido os achados nos exames de imagens, sendo confirmado o diagnóstico definitivo com estudos histopatológicos, após intervenção cirúrgica. **Detalhamento do caso:** Paciente masculino de 48 anos, queixa de cólica renal, apresenta em imagem nódulo sólido em rim esquerdo, medindo 1,6 cm no maior diâmetro. Paciente feminino 36 anos, inicia dor lombar, em investigação apresenta imagem nodular em rim esquerdo, medindo 1,8 cm, com suspeita de malignidade. Exames laboratoriais sem alteração. Ambos submetidos a nefrectomia parcial. Exame histopatológico do primeiro paciente compatível com Hiperplasia folicular e do segundo com Hemangioma cavernoso. Os pacientes evoluíram sem intercorrências, mantendo-se assintomáticos no seguimento. **Considerações finais:** Massas renais sólidas frequentemente levantam suspeita de carcinoma de células renais, por serem mais frequentes que outros tipos de lesão, o estudo evidencia a dificuldade de correlacionar nódulos renais a outros diagnósticos diferenciais, devido a semelhança entre sintomas e achados nos exames de imagem.

Palavras-chave: Nódulo renal, Lesões benignas, Carcinoma renal, Exames de imagem.

ABSTRACT

Objective: To describe a case of follicular hyperplasia and another of cavernous hemangioma that were considered renal neoplasms, with the definitive diagnosis confirmed by histopathological studies after surgical intervention. **Case details:** A 48-year-old male patient, complaining of renal colic, presented with an imaging scan showing a solid nodule in the left kidney, measuring 1.6 cm in its largest diameter. A 36-year-old female patient presented with lower back pain; investigation revealed a nodular image in the left kidney, measuring 1.8 cm, with suspected malignancy. Laboratory tests were normal. Both underwent partial nephrectomy. Histopathological examination of the first patient was compatible with follicular hyperplasia and of the second with cavernous hemangioma. The patients progressed without complications, remaining asymptomatic during follow-up. **Final considerations:** Solid renal masses often raise suspicion of renal cell carcinoma because they are more frequent than other types of lesions. This study highlights the difficulty in correlating renal nodules with other differential diagnoses due to the similarity between symptoms and findings on imaging exams.

Keywords: Renal nodule, Benign lesions, Renal carcinoma, Imaging tests.

[1] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém – PA.

SUBMETIDO EM: 3/2026 | **ACEITO EM: 4/2026** | **PUBLICADO EM: 5/2026**

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso de hiperplasia folicular y otro de hemangioma cavernoso que fueron considerados neoplasias renales, con diagnóstico definitivo confirmado mediante estudio histopatológico tras intervención quirúrgica. **Detalles del caso:** Un paciente masculino de 48 años, con cólico renal, presentó una imagen que mostró un nódulo sólido en el riñón izquierdo, de 1,6 cm de diámetro mayor. Una paciente femenina de 36 años presentó dolor lumbar; el estudio reveló una imagen nodular en el riñón izquierdo, de 1,8 cm, con sospecha de malignidad. Los análisis de laboratorio fueron normales. Ambos pacientes se sometieron a una nefrectomía parcial. El examen histopatológico del primer paciente fue compatible con hiperplasia folicular y el del segundo con hemangioma cavernoso. Los pacientes evolucionaron sin complicaciones y permanecieron asintomáticos durante el seguimiento. **Consideraciones finales:** Las masas renales sólidas suelen sospechar carcinoma de células renales debido a su mayor frecuencia que otros tipos de lesiones. Este estudio destaca la dificultad de correlacionar los nódulos renales con otros diagnósticos diferenciales debido a la similitud entre los síntomas y los hallazgos en las pruebas de imagen.

Palabras clave: Nódulo renal, Lesiones benignas, Carcinoma renal, Pruebas de imagen.

INTRODUÇÃO

A maioria dos tumores renais é diagnosticada por ultrassonografia (US) ou Tomografia Computadorizada (TC) abdominais realizados por outros motivos médicos. Sendo detectados incidentalmente por imagens não invasivas que investigam vários sintomas não específicos e outras doenças abdominais. A tríade clássica de dor no flanco, hematúria visível e massa abdominal palpável é rara (6-10%) e se correlaciona com histologia agressiva, doença avançada e resultados piores (LJUNGBERG B, et al., 2025).

Dentre os diagnósticos diferenciais, encontram-se lesões benignas que podem ser confundidas com neoplasia renal, devido apresentar os mesmos sinais e sintomas e mesmas alterações laboratoriais, como é o caso do Hemangioma Cavernoso e da Hiperplasia Folicular. Por se tratar de malformações raras, em sua quase totalidade não se consegue obter diagnóstico apenas com exame físico e laboratoriais, necessitando-se de exames complementares (KHAZAAL AS, et al., 2023).

A Hiperplasia Folicular é o aumento benigno do tecido linfoide por estímulo antigênico. É também conhecida como hiperplasia linfoide reacional e, como o próprio nome já sugere, é uma hiperplasia do órgão reativa a algum processo, podendo ser de origem viral, bacteriana ou inflamatória não infecciosa (VARA LP, 2025). Muitas dessas condições podem simular neoplasias malignas, por isso é importante que os patologistas reconheçam esses padrões reativos incomuns (SADIQ M, et al., 2014).

O Hemangioma Cavernoso representa uma neoplasia vascular benigna caracterizada por angiogênese anormal, afetando predominantemente a região orbital, fígado, cérebro e pele. Geralmente permanecem assintomáticos nos estágios iniciais devido ao tamanho limitado das lesões. Entretanto, a compressão ou invasão de estruturas anatômicas próximas pode causar sintomas (MATSUI Y, et al., 2024).

Este trabalho teve como objetivo descrever um caso de hiperplasia folicular e outro de hemangioma cavernoso que se apresentaram como neoplasia maligna renal devido os achados nos exames de imagens, sendo confirmado o diagnóstico definitivo com estudos histopatológicos, após intervenção cirúrgica.

Com essas informações apresenta-se um estudo descritivo do tipo relato de caso, utilizando-se informações do prontuário do paciente e arquivo médico que se encontram arquivados em uma clínica privada. A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará – Campus Santarém. Os Termos de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), e a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram apresentados e o estudo devidamente aprovado (Parecer 7.896.487 e CAAE 91893325.2.0000.5168).

DETALHAMENTO DO CASO

Caso 1

Paciente do sexo masculino, de 48 anos, apresentou cólica renal à esquerda, avaliado com ultrassonografia que mostrou hidronefrose leve. Investigando em seguida com urotomografia que mostrou nódulo exofítico com captação de contraste, localizado no terço médio do rim esquerdo medindo 1,3 cm no maior diâmetro e cálculo em ureter distal à esquerda medido 7 mm, determinando hidronefrose leve (**Figura 1**). Iniciou terapia expulsiva para tratamento conservador da ureterolitiase diagnosticada.

Figura 1 - Urotomografia Computadorizada de abdome.



Nota: Imagem apresentando nódulo isodenso, captante de contraste, exofítico, em terço médio do rim esquerdo medindo 1,3 cm no maior diâmetro (seta branca pequena). **Fonte:** Santos LS, et al., 2026.

Realizado em seguida investigação com uroressonância magnética que identificou nódulo sólido hipervascularizado, na mesma localização descrita na tomografia, medindo 1,6 cm no maior diâmetro predominantemente exofítico, suspeito de carcinoma de células renais (**Figura 2**).

Figura 2 - Urorressonância Magnética de abdome.



Nota: Imagem identificou nódulo sólido hipervasculizado na cortical posterior do terço médio do rim esquerdo, medindo 1,6 cm no maior diâmetro predominantemente exofítico (seta pequena branca). **Fonte:** Santos LS, et al., 2026.

Demais exames laboratoriais sem alteração. Apresentou eliminação do cálculo com a terapia expulsiva sem necessidade de intervenção cirúrgica. O paciente foi submetido à nefrectomia parcial aberta, uma via de acesso consagrada que garante excelente segurança oncológica, permitindo a exérese precisa da lesão suspeita com margens seguras e a máxima preservação do parênquima renal adjacente. No intraoperatório

observou-se que a lesão estava justa renal, mas sem estar aderida ao tecido do rim. Realizada remoção da lesão com tecido de adiposo perirrenal. O anatomopatológico mostrou dois linfonodos com hiperplasia folicular de natureza incerta. Realizado também estudo imunohistoquímico que não evidenciou sinais de malignidade na amostra (**Figura 3**).

Figura 3 - Linfonodos com hiperplasia folicular.



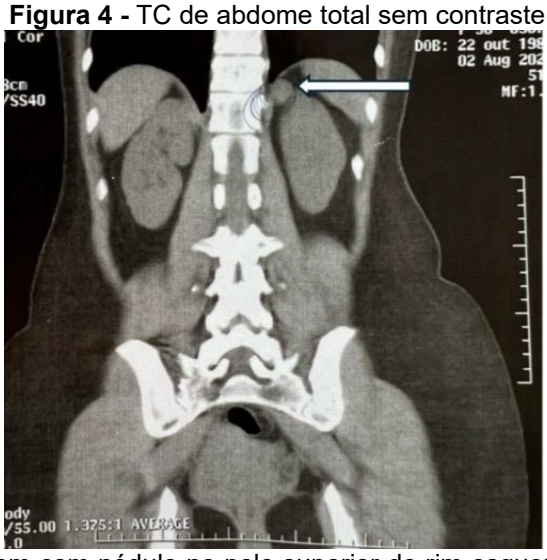
Nota: Visão macroscópica da peça cirúrgica evidenciando fragmentos irregulares de tecido adiposo pararenal esquerdo, medindo em conjunto 8,2 x 5,4 x 2,6 cm, com superfície externa lobulada e amarelada, contendo área irregular, esbranquiçada e firme aos cortes, medindo 1,8 x 1,1 x 1,1 cm. **Fonte:** Santos LS, et al., 2026.

Paciente apresentou evolução adequada no pós-operatório. Em segmento há três anos sem qualquer sinal de linfadenopatia em exames de tomografia de controle.

Caso 2

Paciente do sexo feminino, 36 anos, com história de dor lombar bilateral de aspecto predominantemente muscular, mas atribuía a dor de ser de origem renal. Em avaliação inicial foi realizado ultrassonografia de abdome total que mostrou discreta dilatação pielocalicial à direita. Solicitada tomografia de abdômen e pelve sem contraste com achados de imagem nodular no polo superior do rim esquerdo, medindo 1,8 cm no maior diâmetro, indeterminada no estudo sem contraste porém sem sinais de nefrolitíase ou fator obstrutivo ureteral (**Figura 4**).

Figura 4 - TC de abdome total sem contraste.



Nota: Imagem com nódulo no polo superior do rim esquerdo, medindo 1,8 cm no maior diâmetro (seta longa branca). **Fonte:** Santos LS, et al., 2026.

Encaminhada para seguimento com urologista e realizado uroressonância com contraste e achado de lesão nodular, de mesma localização descrita na tomografia, apresentando isso /hipossinal heterogêneo em T1 e hipersinal em T2, realce homogêneo pós contraste, medindo 1,6 cm no seu maior diâmetro, de origem renal (podendo ser neoplásica) ou de tecidos adjacentes, apresentando íntima relação com a superfície posteromedial do polo superior do esquerdo (**Figura 5**).

Figura 5 - Urorressonância Magnética com contraste.



Nota: Imagem apresentando lesão nodular, sólida, oval e circunscrita, apresentando iso/hipossinal heterogêneo em T1 e hipersinal em T2, realce homogêneo pós contraste, medindo 1,6 X 1,05 cm nos seus maiores eixos (seta longa branca). **Fonte:** Santos LS, et al., 2026.

Exames laboratoriais de hemograma, função renal, ionograma e avaliação da coagulação todos sem alteração. Optou-se pela nefrectomia parcial aberta para a ressecção da massa com margens seguras e máxima preservação funcional do rim. No intraoperatório observou-se que a lesão estava justa renal, mas sem estar aderida ao rim. Realizada remoção da lesão com tecido de adiposo perirrenal. O anatomopatológico mostrou hemangioma cavernoso, com ausência de malignidade ou pré-malignidade (**Figura 6**).

Figura 6 - Hemangioma cavernoso.



Nota: Visão macroscópica da peça cirúrgica evidenciando fragmento de tecido, de forma irregular, medindo 4,0 cm em seu maior eixo, apresentando superfície lisa, lobulada, amarelada brilhante, com área nodular de cor preta, bem delimitada, medindo 1,0 cm de diâmetro. **Fonte:** Santos LS, et al., 2026.

Paciente apresentou evolução adequada no pós-operatório. Em seguimento há 3 anos sem evidência clínica e sem alteração na tomografia de controle após 3 anos se seguimento.

DISCUSSÃO

O presente relato de caso descreve a trajetória diagnóstica e terapêutica de dois pacientes cujas manifestações clínicas e achados em exames de imagem foram inicialmente interpretados como neoplasia renal, contexto no qual os diagnósticos diferenciais são pouco considerados na prática clínica. Conforme as diretrizes internacionais, massas renais sólidas frequentemente levantam suspeita de carcinoma de células renais, neoplasia responsável por aproximadamente 90% das malignidades renais (LJUNGBERG B, et al., 2025). No entanto, devido a expressiva semelhança dos achados radiológicos entre o carcinoma de células renais e entidades benignas que podem mimetizar neoplasias renais, genericamente denominadas pseudotumores renais, torna-se um desafio significativo o diagnóstico pré-operatório, frequentemente culminando na indicação de ressecção cirúrgica motivada pela elevada suspeita de malignidade (BHATT S, et al., 2007).

Um número significativo das Pequenas Massas Renais (PMRs) é diagnosticado de forma incidental, isto é, na ausência de manifestações clínicas específicas, tanto em lesões benignas quanto malignas (SÁNCHEZ-MARTÍN FM, et al., 2008). Esse aumento na detecção está diretamente relacionado aos avanços e à ampla utilização na prática clínica de exames de imagem, como a Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM). Contudo, estima-se que aproximadamente 20% a 30% das PMRs diagnosticadas incidentalmente e encaminhadas para ressecção cirúrgica correspondam, na realidade, a tumores benignos, cujo diagnóstico definitivo é estabelecido apenas após análise histopatológica (JEON HG, et al., 2015).

Nesse cenário, mesmo diante do contínuo aperfeiçoamento das técnicas de TC e RM, a caracterização precisa de lesões renais com diâmetro inferior a 4 cm representa um desafio diagnóstico, uma vez que há significativa sobreposição de características radiológicas entre tumores benignos sólidos e o carcinoma de células renais, o que frequentemente inviabiliza um diagnóstico definitivo no período pré-operatório baseado apenas em exames de imagem (WANG CJ, et al., 2018). Esse contexto reflete diretamente os casos apresentados, nos quais a suspeita pré-operatória de neoplasia renal com nódulos menores que 2 cm motivou a abordagem cirúrgica, sendo o diagnóstico definitivo de hiperplasia folicular e hemangioma cavernoso estabelecido somente após a análise histopatológica.

Quando presentes, os sinais e sintomas mais frequentemente associados às massas renais incluem hematúria, dor lombar ou em flanco e presença de massa abdominal palpável, podendo manifestar-se de forma isolada ou em associação a sintomas inespecíficos, como perda ponderal, febre, sudorese noturna, hipertensão arterial e varicocele (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2006).

A apresentação clínica descrita foi marcada principalmente por dor lombar e episódios de cólica renal, que são manifestações comuns a diversas condições urológicas e, portanto, pouco específicas. Ainda assim, esses achados clínicos, quando associados aos resultados dos exames de imagem, contribuíram para a suspeita inicial de neoplasia renal, evidenciando o desafio diagnóstico imposto por apresentações clínicas inespecíficas.

O tamanho da lesão constitui um fator determinante na escolha da abordagem cirúrgica, sendo a Cirurgia Conservadora de Néfrons (CCN) amplamente indicada para tumores renais medindo entre 2 e 4 cm de diâmetro. As lesões de até 4 cm podem ser tratadas de forma segura por meio de excisão local, com resultados oncológicos satisfatórios, especialmente em casos suspeitos de carcinoma de células renais de pequeno porte (SÁNCHEZ-MARTÍN FM, et al., 2008).

Nos casos, as lesões achadas nas imagens apresentavam 1,8 cm e 1,6 cm em seus maiores diâmetros, que aliadas aos demais achados e as limitações naquele contexto, resultou na decisão de realizar a nefrectomia parcial.

A opção pela CCN nos dois casos apresentados mostrou-se condizente com as recomendações da literatura, sobretudo diante da suspeita de malignidade. O estudo, baseado nas diretrizes da Associação Americana de Urologia (AUA), valida que para lesões pequenas e localizadas, embora existam opções como biópsia e vigilância ativa, a CCN é o padrão-ouro de tratamento. Essa conduta é priorizada não apenas pelo potencial curativo oncológico, mas pela necessidade fundamental de maximizar a preservação do parênquima e da função renal. Além disso, as recomendações enfatizam que intervenções radicais (como a nefrectomia total) devem ser evitadas em massas pequenas se a nefrectomia parcial for tecnicamente viável (CAMPBELL SC, et al., 2021). Ratificando a decisão clínica adotada nestes casos, mesmo diante da indisponibilidade momentânea de recursos minimamente invasivos, como a cirurgia robótica e laparoscópica.

Um dos achados nos anatomopatológicos foi a presença de dois linfonodos com hiperplasia folicular de natureza incerta e com imunohistoquímico sem sinais de malignidade. A hiperplasia folicular caracteriza-se pela proliferação benigna do tecido linfoide, que pode se desenvolver em qualquer lugar onde o tecido linfoide esteja presente, porém sendo mais comumente identificada em linfonodos periféricos (LEE JW, et al., 2025).

Sua identificação, portanto, em localizações profundas ou atípicas, como na região retroperitoneal, é incomum, o que contribui para a dificuldade diagnóstica e para confirmação da raridade do caso relatado. É causada pela estimulação do compartimento de células B e pelo crescimento celular anormal dos folículos secundários. As causas são frequentemente desconhecidas, no entanto, ela pode ser causada por infecções bacterianas e virais, bem como por distúrbios imunomediados (REID J e REZK SA, 2026).

O mimetismo radiológico dessas lesões com o carcinoma de células renais exofítico vai além da contiguidade anatômica, sendo fundamentado na fisiopatologia da captação de contraste. Na hiperplasia folicular, a intensa resposta imunológica e a proliferação celular demandam um aumento significativo do aporte sanguíneo, induzindo uma neovascularização reacional no linfonodo. Essa rica rede capilar resulta em uma captação ávida e precoce do meio de contraste, um comportamento hemodinâmico que se sobrepõe à hipervascularização tumoral clássica dos carcinomas renais (LEE JW, et al., 2025).

De maneira análoga, o hemangioma cavernoso, por ser constituído por grandes canais vasculares dilatados e repletos de sangue, promove um acúmulo denso de contraste. Quando essas estruturas primariamente hipervasculares se desenvolvem no espaço pararenal, comprimindo a cápsula do rim sem apresentar um plano de clivagem nítido nos métodos de imagem, elas simulam perfeitamente um nódulo sólido e exofítico emergindo do córtex renal (MATSUI Y, et al., 2024).

Sua apresentação clínica e radiológica torna-se inespecífica, dificultando a distinção em relação a processos malignos. Podem apresentar-se com um conjunto vago de sintomas e achados de imagem, como massas com realce na TC, que são consistentes com, ou pelo menos compatíveis com, carcinoma de células renais ou urotelial, sem achados laboratoriais que sugiram doença linfoide evidente (LEE JW, et al., 2025).

O outro anatomopatológico revelou um Hemangioma cavernoso, com ausência de malignidade ou pré-malignidade. O Hemangioma é uma neoformação vascular benigna, de origem congênita, que se caracteriza pela proliferação de vasos sanguíneos. Os hemangiomas são divididos, histologicamente, dependendo do tamanho microscópico dos vasos em: cavernosos e capilares. A forma cavernosa é menos frequente e usualmente envolve estruturas profundas. Diferentemente do caso demonstrado, eles ocorrem com mais frequência na cabeça e no pescoço, e é mais comum no nascimento e na infância. Seu quadro clínico e tratamento depende da localização e do tamanho, para os grandes hemangiomas com risco de ruptura ou para pacientes sintomáticos, as condutas utilizadas são ressecção cirúrgica (MIRANDA EQ, et al., 2013).

Está descrito que a maioria dos casos de hemangioma cavernoso é assintomática e com possibilidades de involução e sendo apenas conduzidos com observação, o quadro clínico relatado apresentou-se com uma localização incomum e suspeita de neoplasia maligna renal. Isso demonstra a raridade do caso,

levando-se em consideração as localizações acometidas com mais frequência. A literatura urológica, documenta múltiplos relatos em que malformações vasculares benignas como o hemangioma cavernoso causam cólica renal e hematúria, mimetizando perfeitamente o câncer de rim clinicamente, o que se associa a dificuldade de descartar o câncer sem a ressecção do tecido acometido (SHARMA R, et al., 2012).

O diagnóstico pré-operatório do hemangioma é difícil e requer estudo completo combinado entre queixas do paciente, características da imagem, mas em inúmeros casos é necessário o estudo patológico para excluir a possibilidade de malignidade (MATSUI Y, et al., 2024).

Trata-se de uma neoplasia extremamente rara, em que o seu diagnóstico pré-operatório permanece um desafio, pois não existem achados de imagem patognomônicos que o diferenciam com segurança de lesões malignas. Consequentemente, na grande maioria dos pacientes, o tratamento acaba consistindo na nefrectomia para descartar definitivamente a presença de um carcinoma de células renais (GEENEN RDW, et al., 2004).

A TC pode apresentar imagens significativas, porém a RM é o exame de escolha, evidenciando uma imagem com sinal mais brilhante em T2 e intensidade de sinal intermediário em T1, compatíveis também com carcinoma de células renais (HERMOSA AR, et al., 2021). O mimetismo radiológico provocado por essas lesões vasculares caracteriza um verdadeiro dilema diagnóstico. Nesses cenários, a apresentação de uma massa renal sólida aliada a imagens fortemente sugestivas de malignidade justifica a abordagem cirúrgica padrão, uma vez que a confirmação da natureza benigna do hemangioma frequentemente só é alcançada no exame anatomopatológico pós-operatório (JALLOULI M, et al., 2016).

Diante de um cenário onde os exames de imagem frequentemente esbarram em lesões que se comportam macroscópica e radiologicamente como o câncer, a descrição microscópica e as características patológicas são essenciais. Assim, a análise histopatológica rigorosa é fundamental e atua como o padrão-ouro na diferenciação entre o carcinoma de células renais e seus simuladores benignos (BAI X, WU CL, 2012).

Este estudo, portanto, demonstra a limitação da especificidade dos exames de imagem modernos. Embora a tomografia computadorizada e a ressonância magnética sejam ferramentas de excelência para a detecção de anormalidades renais, a especificidade destes métodos para diferenciar com absoluta certeza massas sólidas benignas de malignas continuam sendo limitadas (PRASAD SR, et al., 2006).

O principal desafio desses casos reside na semelhança dos achados de imagem com os observados no câncer renal, o que frequentemente leva à indicação de abordagem cirúrgica. A confirmação diagnóstica definitiva, neste contexto, ocorreu apenas por meio da análise histopatológica, com um resultado que não é comumente levado em consideração durante a investigação diagnóstica. Esse achado reforça o valor dos relatos apresentados e demonstra a sua raridade e a sua capacidade de ilustrar um ponto crítico na prática clínica: a necessidade de manter um amplo espectro de diagnósticos diferenciais, mesmo diante de uma alta suspeita de malignidade.

Dessa forma, o presente relato contribui para a ampliação do conhecimento acerca de lesões benignas raras em localizações incomuns, sendo essas apresentadas como tumores que faziam diagnostico diferencial com neoplasia renal maligna.

Massas renais sólidas frequentemente levantam suspeita de carcinoma de células renais, por serem mais frequentes que outros tipos de lesão, mas também pode tratar-se de condições benignas neoplásicas ou não. O estudo evidencia a dificuldade de correlacionar nódulos renais a outros diagnósticos diferenciais, devido à semelhança entre sinais/sintomas e achados nos exames de imagem.

O desenvolvimento de protocolos específicos em exames de imagem futuramente pode aumentar essa definição sem intervenção cirúrgica, no entanto, atualmente muitos pacientes só estarão seguros após análise histopatológica. O estudo de caso, apresenta limitações intrínseca ao tipo de estudo, mas a produção cientifica dessas manifestações raras se somam a literatura para contribuir com os diagnósticos diferenciais incomuns de uma doença com potencial agressivo, como o carcinoma de células renais, mas

que se for afastada em avaliações não invasivas não necessitariam de intervenções cirúrgicas. Análises futuras desse conjunto de apresentações poderão demonstrar padrões de características que poderiam aumentar a capacidade de afastar suspeita de malignidade dessas lesões e o seguimento poderá ser uma alternativa segura, evitando-se abordagens invasivas.

REFERÊNCIAS

1. BAI X, WU CL. Renal cell carcinoma and mimics: pathologic primer for radiologists. American Journal of Roentgenology, 2012; 198(6): 1289-1293.
2. BHATT S, et al. Renal pseudotumors. American Journal of Roentgenology, 2007; 188(5): 1380-1387.
3. CAMPBELL SC, et al. Renal mass and localized renal cancer: evaluation, management, and follow-up: AUA guideline: Part I. Journal of Urology, 2021; 206(2): 199-208.
4. CAMPBELL SC, et al. Renal mass and localized renal cancer: evaluation, management, and follow-up: AUA guideline: Part II. Journal of Urology, 2021; 206(2): 209-218.
5. GEENEN RWF, et al. Sonography, CT, and MRI of giant cavernous hemangioma of the kidney: correlation with pathologic findings. American Journal of Roentgenology, 2004; 182(2): 411-414.
6. HERMOSA AR, et al. Diffuse cavernous hemangioma of the rectum. Cirugía y Cirujanos, 2021; 89(6): 818-821.
7. JALLOULI M, et al. Large cavernous hemangioma of the kidney mimicking a renal cancer: A diagnostic challenge. Medical & Clinical Reviews, 2016; 2(3): 143.
8. JEON HG, et al. Imaging findings of common benign renal tumors in the era of small renal masses: differential diagnosis from small renal cell carcinoma. Korean Journal of Radiology, 2015; 16(1): 99-113.
9. KHAZAAL AS, et al. Radio-pathological diagnosis of a retroperitoneal cavernous hemangioma. Journal of Surgical Case Reports, 2023; 2023(3): rjad095.
10. LEE JW, et al. Hiding in the kidney: a series of 13 lymphoid proliferations clinically mimicking renal carcinoma. Virchows Archiv, 2025.
11. LJUNGBERG B, et al. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma. European Association of Urology: Arnhem-The Netherlands, 2025.
12. MATSUI Y, et al. Primary retroperitoneal cavernous hemangioma: A case report and review of the literature. Urology Case Reports, 2024; 54: 102691.
13. MIRANDA EQ, et al. Hemangioma cavernoso: relato de caso. Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia, 2013; 32(4): 255-258.
14. PRASAD SR, et al. Benign renal neoplasms in adults: cross-sectional imaging findings. American Journal of Roentgenology, 2006; 187(2): 469-472.
15. REID J, REZK SA. Follicular hyperplasia. PathologyOutlines.com, 2026. Disponível em: https://www.pathologyoutlines.com/topic/lymphnodesfollicularhyperplasia.html. Acesso em: 4 mar. 2026.
16. SADIQ M, et al. Morphological study of reactive follicular hyperplasia lymph node. Pakistan Journal of Medical and Health Sciences, 2014; 8: 398-402.
17. SÁNCHEZ-MARTÍN FM, et al. Small renal masses: incidental diagnosis, clinical symptoms, and prognostic factors. Advances in Urology, 2008; 2008: 310694.
18. SHARMA R, et al. Cavernous hemangioma of the kidney: A report of two cases and review of the literature. Urology Annals, 2012; 4(3): 141-143.
19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Câncer renal: diagnóstico e estadiamento. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina: São Paulo-SP, 2006.
20. VARA LP. Hematopatologia. In: LEITE KRM, COSTA FD. Patologia geral. 1a ed. Sociedade Brasileira de Patologia: São Paulo-SP, 2025; p488-510.
21. WANG CJ, et al. CT and MRI of small renal masses. British Journal of Radiology, 2018; 1(1): 1-15.