



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
CURSO**

ALUNA: TÂMATA TARCILA SOARES DE SOUSA

ORIENTADOR: LUÍS FÁBIO BARBOSA BOTELHO

JOÃO PESSOA – PB

SETEMBRO/2013

Linfoma Não-Hodgkin com Obstrução Intestinal em Paciente Nonagenária: Relato de Caso.

RESUMO

Introdução: O linfoma não-Hodgkin é o linfoma mais comum na população acima de 40 anos, sendo a quinta forma mais comum de câncer no Brasil. A ocorrência de linfomas primários em intestino delgado é rara e representam menos de 2% de todas as neoplasias intestinais e 10-20% das neoplasias do intestino delgado. **Casuística:** Foi relatado um caso de uma paciente nonagenária que apresentou obstrução intestinal como sintoma inicial de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB). **Discussão:** O LNHDGCB constitui cerca de 25-30% dos linfomas não-Hodgkin que ocorrem no Ocidente e são linfomas de comportamento agressivo, mas que podem ser curados com quimioterapia (esquema CHOP- ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisona, associado ao anticorpo monoclonal rituximabe). **Conclusão:** O objetivo do trabalho é o relato de uma paciente com LNHDGCB que culminaram com quadro de obstrução intestinal aguda em uma paciente nonagenária que evoluiu bem após ressecção cirúrgica e tratamento com rituximabe.

DESCRITORES: linfoma não Hodgkin; obstrução intestinal; neoplasias

ABSTRACT

Introduction: Non-Hodgkin lymphoma is the most common lymphoma in people over 40 years and the fifth most common form of cancer in Brazil. The occurrence of primary lymphomas in the small intestine is rare and less than 2% of all intestinal cancers and 10-20% of the small intestine cancers. **Methods:** It is reported a case of a nonagenarian patient who presented intestinal obstruction as the initial symptom of Non Hodgkin Diffuse Large B-cell Lymphoma (DLBCL). **Discussion:** The DLBCL constitutes about 25-30% of non-Hodgkin lymphomas occurring in the West and are aggressive lymphomas, but can be cured with chemotherapy: CHOP scheme (cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine and prednisone) associated with monoclonal antibody rituximab. **Conclusions:** the objective of the study is to report a patient with Non Hodgkin Diffuse Large B-cell Lymphoma culminating in acute intestinal obstruction in a nonagenarian patient who recovered well after surgical resection and treatment with rituximab.

KEYWORDS: Lymphoma, Non-Hodgkin; Intestinal Obstruction; Neoplasms

INTRODUÇÃO

Linfomas são transformações neoplásicas de células linfóides normais que residem predominantemente em tecidos linfóides. São morfologicamente divididos em linfomas de Hodgkin (LH) e não-Hodgkin (LNH)⁷.

Os LNH formam o maior grupo isolado de neoplasias do sistema imunológico, composto por mais de 30 entidades mórbidas distintas, podendo ocorrer em qualquer idade, sendo, porém, mais comum acima dos 40 anos. Na faixa etária mais jovem, a predominância no sexo masculino é mais evidente e com subtipos histológicos mais agressivos. O desenvolvimento do LNH agressivo é associado a uma disfunção imunológica prévia e as considerações etiológicas de sua origem passam desde o oncovírus, presente em alguns subtipos específicos de linfomas, a outros fatores que podem estimular o aparecimento dos linfomas como a radiação ionizante, predisposição hereditária, imunodeficiência congênita e adquirida e a exposição de pesticidas⁴.

Os LNH compreendem um grupo heterogêneo de neoplasias do tecido linfóide com distintos subtipos histológicos e apresentações clínicas. Representam a quinta forma mais comum de câncer no Brasil, com incidência de 55 mil casos por ano e mais de 26 mil mortes¹. O LNH é uma das poucas neoplasias cujas taxas de incidência vêm crescendo em ambos os sexos na Europa e nos Estados Unidos, desde a década de 70, embora com redução da intensidade nos últimos anos².

Os LNH são agrupados de acordo com o tipo de célula linfóide, se linfócitos B ou T. Também são considerados tamanho, forma e padrão de apresentação na microscopia. Para tornar a classificação mais fácil, os linfomas podem ser divididos em dois grandes grupos: indolentes e agressivos⁶.

A ocorrência de linfomas primários em intestino delgado é rara. Estes representam menos de 2% de todas as neoplasias intestinais e 10-20% das neoplasias do intestino delgado. O íleo é o local mais comum, representando 50% dos linfomas do intestino delgado. A imunossupressão relacionada ao HIV predispõe ao desenvolvimento de LNH e deve ser excluída em todos os casos³.

Os LNH intestinais podem se apresentar na forma extranodal, altamente malignos, e se disseminam rapidamente por contiguidade pela parede intestinal⁴.

O objetivo do estudo é relatar um raro tumor do intestino delgado do tipo linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, multicêntrico, de difícil diagnóstico e com rápida evolução dos sintomas, que culminaram com quadro de obstrução intestinal aguda em uma paciente nonagenária que evoluiu bem após ressecção cirúrgica e tratamento com rituximabe.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 92 anos, branca, natural e procedente da Paraíba, do lar, procurou o serviço médico em maio de 2012, com queixas de falta de apetite, depressão e piora do quadro de constipação que apresentava há muitos anos. Nesta ocasião a mesma melhorou com sintomáticos.

Em julho de 2012, a paciente voltou a queixar-se de constipação, falta de apetite, vômitos intensos e perda de peso. Sorologia para HIV negativa. A paciente evoluiu com quadro de obstrução intestinal aguda.

Na investigação etiológica foram realizados:

- Tomografia Computadorizada (TC) do abdome sem contraste que revelou: acentuada dilatação de algumas alças de delgado, duodeno e câmara gástrica, com ponto de obstrução localizado em topografia pélvica (de etiologia a elucidar) e não foram observados sinais de linfonodomegalias abdominais. (FIGURA 1)

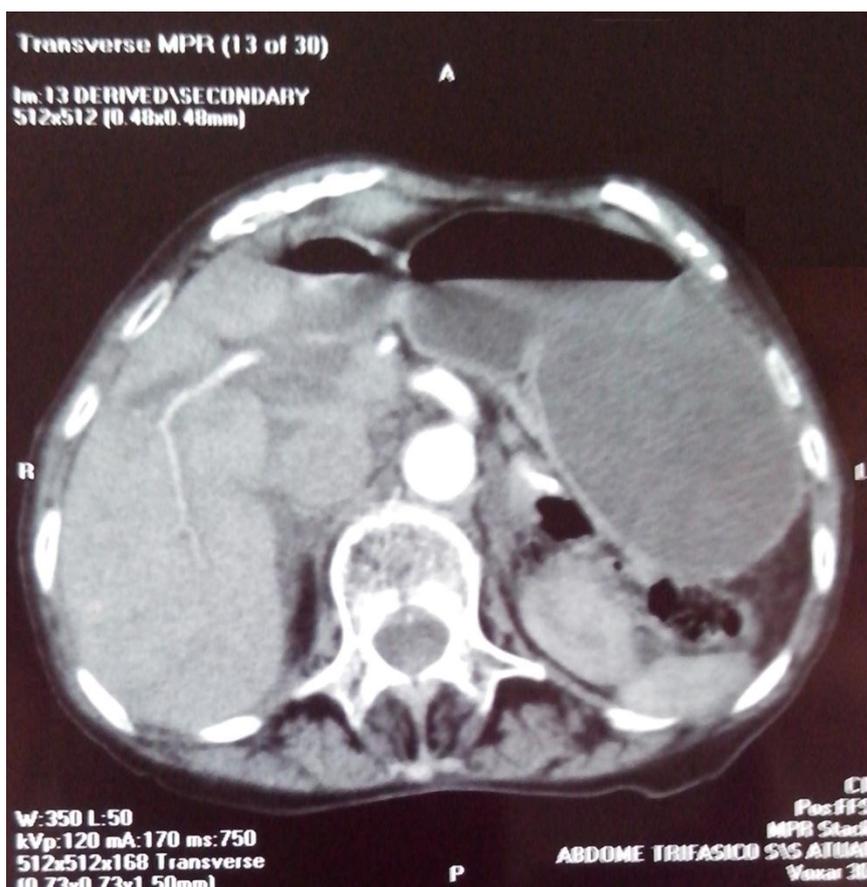


FIGURA 1. TC do abdome sem contraste: acentuada dilatação de algumas alças de delgado, duodeno e câmara gástrica, com ponto de obstrução localizado em topografia pélvica. Não foram observados sinais de linfonodomegalias abdominais.

Foi submetida à intervenção cirúrgica na qual houve ressecção de 25 cm de intestino delgado.

- Exame anatomopatológico (14.08.12): revelou neoplasia ulceroinflamatória medindo 7,0cm com presença de infiltrações linfáticas e perineurais, com linfadenite reacional em quinze linfonodos dissecados.

- Exame imuno-histoquímico e imuno-citoquímico: POSITIVO: CD45, CD20, Bcl-2, MIB1 (Antígeno Ki-67), CD10, CD79a, BCL-6. Aspectos histológicos de linfoma não-Hodgkin de grandes células B.

O estadiamento clínico da paciente foi IEB.

A paciente foi diagnosticada com LNHDGCB sendo iniciado tratamento com rituxumabe na dose 375mg/m^2 uma vez por semana, por quatro semanas, com TC de abdome revelando remissão completa após término do esquema.

Segue em acompanhamento clínico com quadro estável e não apresentou reações adversas ao tratamento. Encontra-se com remissão completa da doença desde o início da terapia, em uso de rituximabe de manutenção.

DISCUSSÃO

Os linfomas de intestino delgado apresentam quadro clínico variável e inespecífico, podendo apresentar sinais e sintomas como dor abdominal, náuseas, vômitos, episódios de oclusão intestinal, sangramento digestivo, perda de peso, anemia, febre, intussuscepção e massa palpável, que também são manifestações comuns a uma grande variedade de afecções digestivas e induzem a um retardo no esclarecimento dessas lesões⁵. No caso da paciente, ela evoluiu com quadro de constipação, vômitos e uma obstrução intestinal aguda, que acabou por necessitar de uma abordagem cirúrgica.

Os princípios da terapêutica da obstrução intestinal são a reposição de líquidos e eletrólitos, a descompressão do intestino e a intervenção cirúrgica no momento adequado. Absolutamente todos os pacientes com obstrução intestinal, exceto os que acabaram de ser submetidos a uma cirurgia, devem ser operados⁸.

Após o estudo anatomopatológico da peça cirúrgica diagnosticou-se linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB) que é o linfoma mais comum em adultos, responsável por 30% a 40% dos casos. Suas variantes e subtipos morfológicos são: centroblástico, imunoblástico, rico em células T, grandes células anaplásico, tipo granulomatoso linfomatóide, plasmablástico, mediastinal, efusão primária e intravascular⁷.

O LNHDGCB constitui cerca de 25% a 30% dos linfomas não-Hodgkin que ocorrem no Ocidente e apresenta comparativamente alta incidência em países em desenvolvimento. Ele pode apresentar-se com comprometimento nodal ou extranodal, sendo extranodal em até 40% dos casos. Eles são linfomas de comportamento agressivo, mas que podem ser curados com quimioterapia⁵.

Os tumores do intestino delgado são raros, correspondendo a cerca de 1% a 6% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal e, quando malignos, seu prognóstico é ruim. O diagnóstico é difícil, pois determinam queixas vagas e inespecíficas e quase sempre estão avançados na ocasião do tratamento definitivo. São corretamente diagnosticados no pré-operatório em cerca de 53% dos casos⁵.

As neoplasias malignas mais comuns, em ordem de frequência são: adenocarcinoma (40-50%), carcinóide (30%), linfoma (14%) e sarcoma (11%). A taxa de sobrevida para cinco anos é de 25% para os carcinomas, 30-40% para os sarcomas e de 30 a 50% para os linfomas. Os linfomas primários representam menos de 2% de todos os tumores malignos gastrointestinais. Cerca de 20-40% dos linfomas não-Hodgkin do tubo digestivo localizam-se no intestino delgado⁵.

Em um estudo sobre a estatística da obstrução intestinal, relacionando etiologia e sexo, observou-se que nos pacientes do sexo masculino houve destaque para as obstruções por

invaginação (86%), hérnia (72%) e bolo de áscaris (69%), e no feminino destacaram-se os tumores (75%)⁸.

Em outro estudo foram observados 50 casos de obstrução intestinal. O quadro obstrutivo intestinal teve as seguintes causas: brida (38%), câncer de cólon (24%), hérnias (12%), impactação fecal (12%), carcinomatose (10%) e volvo da sigmóide (4%). A mortalidade foi de 18% associada às complicações infecciosas em todos os pacientes. A segunda causa de obstrução intestinal nesta casuística foi o câncer do cólon, sendo o ceco o local mais acometido, seguido do sigmoide⁹.

A maior evolução no tratamento quimioterápico do LDGCB nesses pacientes, desde o advento do esquema CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona), foi a introdução do anticorpo monoclonal rituximabe aos esquemas de poliquimioterapia, principalmente em pacientes com doença avançada. Associação de etoposídeo ao esquema CHOP e intensificação de doses também são opções terapêuticas inovadoras na terapia do LNH⁷. A paciente foi tratada apenas com rituximabe devido à alta toxicidade da terapia convencional e evoluiu satisfatoriamente a terapêutica.

CONCLUSÃO

No presente trabalho, foi relatado um raro tumor do intestino delgado do tipo linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, multicêntrico, de difícil diagnóstico e com rápida evolução dos sintomas, que culminou com quadro de obstrução intestinal aguda.

O estudo vem demonstrar que, apesar de a paciente ser nonagenária, a terapêutica agressiva foi fundamental para sua satisfatória evolução clínica.

REFERÊNCIAS

- 1- Hallack Neto, Abrahão E. et al. Aplicação do índice prognóstico internacional em pacientes com linfoma difuso de grandes células B em uma instituição brasileira. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.* [online]. 2005, vol.27, n.1, pp. 27-30.
- 2- Luz, Laércio Lima and Mattos, Inês Echenique. Tendência das taxas de mortalidade por linfoma não-Hodgkin na Região Sudeste do Brasil, 1980-2007. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, n.7, pp. 1340-1348.
- 3- Torricelli, Fábio César Miranda et al. Linfoma ileal primário como uma causa de intussuscepção ileocecal recorrente. *Rev bras. colo-proctol.* [online]. 2008, vol.28, n.2, pp. 246-250. ISSN 0101-9880.
- 4-Silva, Francisco Eduardo et al. Fístula êntero-vesical como complicação de linfoma intestinal. *Rev Bras Coloproct* [online]. 2003; vol 23, n.03, pp. 200-204.
- 5- Coeli, Gustavo Nunes Medina et al. Linfoma Difuso de Grandes Células B de Intestino Delgado: Relato de Caso. *Revista Ciências em Saúde* . 2012 vol 2, n. 2
- 6- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=457. Acesso dia 10 jul 2013 as 18:00 h.
- 7- Araújo, Luiz Henrique de Lima et al. *Revista Brasileira de Cancerologia* - 2008; vol 54, n.02, pp. 175-183.
- 8- Man Vidal. . Obstrução Intestinal: Causas e Condutas. *Revista Brasileira de Coloproctologia* [online]. 2005, vol 25, n.0, pp.332-338.
- 9- Henry, Maria Aparecida Coelho de Arruda et al. Obstrução intestinal no idoso. *ABCD, Arq. Bras. Cir. Dig.* [online]. 2007, vol.20, n.4, pp. 225-229.