

Metástase de Adenocarcinoma de Esôfago em Linfonodo Comprometido por Linfoma não-Hodgkin¹

Esophageal adenocarcinoma metastatic to lymphonode compromesed by non-hodgkin lymphoma

Julio Walter Vedovato², Caroline Dalla Lasta Frigeri³, Rinaldo Danesi Pinto⁴, Janoário Athanázio Souza⁴, Gérsen Junqueira Júnior⁵, Geraldo Geyer⁶

RESUMO

Relata-se um caso de adenocarcinoma do terço distal do esôfago, que produziu metástases para um linfoma não-Hodgkin localizado em linfonodos na loja renal esquerda. O paciente era um homem de 66 anos, branco e tabagista há 40 anos; com história de disfagia progressiva de sólidos até líquidos há mais ou menos 5 meses e emagrecimento importante.

A biópsia por endoscopia digestiva alta definiu o diagnóstico de adenocarcinoma mucoprodutor. O linfoma foi um achado casual decorrente dos exames de estadiamento do câncer de esôfago. O diagnóstico foi através de punção biópsia do tumor por via percutânea, guiada por tomografia computadorizada.

Metástase de adenocarcinoma de esôfago linfoma não-Hodgkin é um achado raro, sendo difícil estabelecer uma associação entre estas duas neoplasias.

PALAVRAS-CHAVE: esôfago, neoplasias, adenocarcinoma, linfoma, não-Hodgkin, neoplasias linfóides.

SUMMARY

We report a case of adenocarcinoma at the inferior thirth segment of the esophagus, which produced metastases to a non-Hodgkin lymphoma in the peri renal lymphonodes. The patient was a 66 year-old man, white and had a smoking history of 40 years. He had a history of progressive dysphasia from solids to liquids over 5 months and significant weight loss.

²Acadêmico da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA); ³Acadêmica da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS); ⁴Residente do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre; ⁵Preceptor do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre; ⁶Médico patologista professor das Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). ¹Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre. Endereço para correspondência: Julio Walter Vedovato - Rua dos Andradas, 711/1203A - Centro. Porto Alegre/RS CEP 90020-003

The upper endoscopy established a diagnosis of mucinoid adenocarcinoma. The lymphoma was a casual finding from the esophageal neoplasm staging investigation. It was done by percutaneous of the punction biopsy of the tumor, guided by computerized tomography.

Metastasis of esophageal adenocarcinoma in a non-Hodgkin lymphoma is a rare case, being difficult to establish a relationship between these two neoplasms.

KEY WORDS: esophageal neoplasms, adenocarcinoma, linphoma, non-Hodgkin, lymphoid neoplasms.

Introdução

O adenocarcinoma de esôfago é uma neoplasia maligna do epitélio colunar (epitélio de Barret) decorrente de esofagite de refluxo, ou então, mais raramente, de ilhotas da mucosa gástrica ectópica ⁽¹⁾. Corresponde a aproximadamente 4% a 5% dos tumores malignos de esôfago ⁽²⁾. A taxa de sobrevida em 5 anos é menor que 15% ⁽²⁾⁽³⁾. Este índice baixo baseia-se no fato de que o diagnóstico é feito em fase avançada da doença, com comprometimento de até dois terços da luz do órgão e disfagia. ⁽⁴⁾

Morson e Belcher foram os primeiros a relatar, em 1952, adenocarcinoma localizado nas células cilíndricas do epitélio distal do

esôfago ⁽⁵⁾.

Já os linfomas não-Hodgkin são o maior grupo de neoplasias do sistema imune. Constituem um grupo heterogêneo de doenças malignas que tem em comum uma expansão clonal característica de linfócitos B ou T ⁽⁶⁾⁽⁷⁾. Ocorrem em qualquer idade, com frequência crescente em adultos, principalmente dos 20 aos 40 anos, sendo a neoplasia mais comum nesta faixa etária ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾. Os linfomas não-Hodgkin acometem mais freqüentemente o sexo masculino.

A associação entre estas duas neoplasias é pouco comum, constituindo um achado raro.

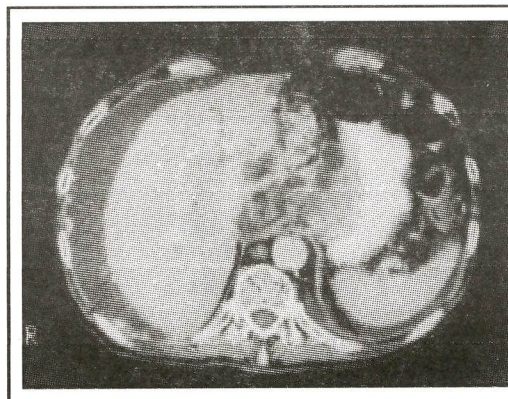


Figura 1: Tomografia computadorizada de tórax mostrando tumor em terço distal do esôfago.

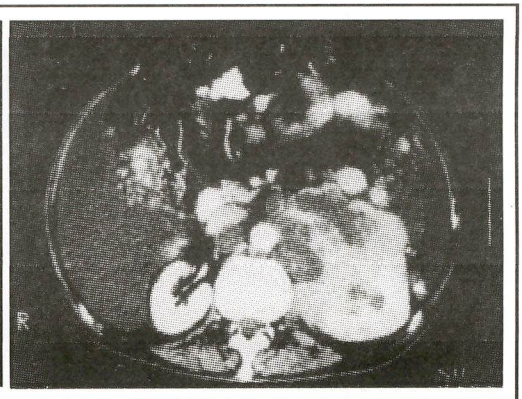


Figura 2: Tomografia computadorizada de abdome mostrando uma massa expansiva perirrenal.

Relato do caso

H.P., 66 anos, masculino, branco, agricultor, natural e procedente de Venâncio Aires/RS. História de disfagia progressiva desde sólidos até líquidos, com início há mais ou menos 5 meses. Emagrecimento importante de 15 Kg neste período. Tabagista há 40 anos.

Foi então internado e submetido à endoscopia digestiva alta, onde visualizou-se uma massa tumoral aos 30 cm da arcada dental superior (ADS), obstruindo a luz esofágica e permitindo a passagem do aparelho até os 35 cm. A biópsia

desta massa revelou um adenocarcinoma pouco diferenciado.

Foram realizados então exames de estadiamento. A ecografia abdominal total evidenciou uma volumosa lesão expansiva, de textura heterogênea e limites imprecisos, medindo aproximadamente 10,3 x 7,8 cm na loja renal esquerda, tratando-se de uma massa de linfonodos.

Havia ainda múltiplas linfadenomegalias

abdominais e retroperitoniais. A tomografia de tórax e abdome revelou, além de tumor no esôfago (fig. 1), ascite, múltiplas metástases peritoniais e presença de um grande processo expansivo, delimitado pela cápsula renal esquerda (fig. 2).

Foi então realizada uma punção biópsia

percutânea da massa renal, e o resultado evidenciou adenocarcinoma muco-produtor moderadamente diferenciado e linfoma não-Hodgkin de baixo grau (linfocítico bem diferenciado difuso), confirmado por estudo imunohistoquímico (figs. 3 e 4). O paciente foi a óbito antes de ser submetido ao tratamento das neoplasias.

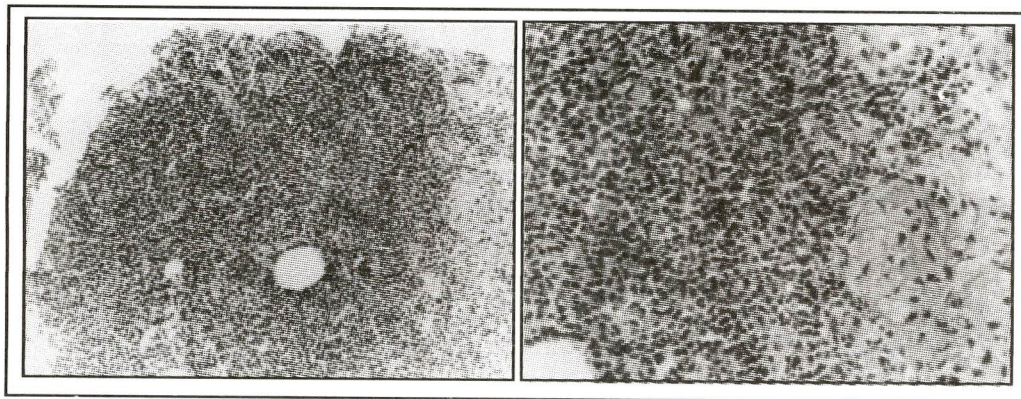


Figura 3: Fragmento de linfonodo peri-renal acometido por linfoma e metástase de adenocarcinoma mucinoso. HE x 100.

Figura 4: Fragmento de linfonodo peri-renal acometido por linfoma e metástase de adenocarcinoma mucinoso. HE x 400.

Discussão

Adenocarcinoma de esôfago é uma neoplasia cujo tratamento raramente é curativo, sendo assintomático nos estágios iniciais da doença.

Constitui de 4% a 5% das neoplasias de esôfago, sendo que a metaplasia do epitélio de Barret é sugestiva de lesão pré-maligna de adenocarcinoma ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁹⁾. Quanto à disseminação, ela ocorre por contiguidade, por via linfática ou então por via hematogênica ⁽¹⁾⁽¹⁰⁾.

A disseminação linfática é a mais freqüente, mesmo nas formas de invasão superficiais (intra-epitelial, muscular da mucosa e submucosa) devido à extensa drenagem linfática mediastinal que se comunica com as cadeias cervicais e abdominais, responsável pela invasão de linfonodos mediastinais, supraclaviculares e celíacos, em até 75% dos casos ⁽¹⁾.

As metástases para linfonodos tendem a não ser segmentares, podendo ocorrer metástases para quaisquer das cadeias linfáticas supra-citadas.

A disseminação hematogênica para o fígado, pulmões e ossos ocorre em estágios mais adiantados da doença ⁽¹⁾⁽¹¹⁾.

Clinicamente, os sinais e sintomas assemelham-se aos dos demais tumores de esôfago. Disfagia é o sintoma mais freqüente e também o mais importante, seguido de perda de peso, dor, regurgitação, vômitos e hematêmese decorrentes do quadro obstrutivo ⁽¹⁾⁽²⁾.

Já os linfomas não-Hodgkin de baixo grau podem ser classificados como linfomas indolentes, segundo o prognóstico. No caso era um linfoma linfocítico bem diferenciado difuso, também denominado leucemia linfocítica crônica (LLC), com até 95% dos casos originários de linfócitos B ⁽¹²⁾. Biópsias por punção são geralmente insuficientes para especificar o tipo histológico. A biópsia cirúrgica excisional de linfonodos com posterior análise por imunohistoquímica é recomendada sempre que possível ⁽¹³⁾.

Os pacientes são geralmente adultos idosos, e há envolvimento de medula óssea e sangue periférico quando do diagnóstico linfadenopatias generalizadas e hepatoesplenomegalia. Comprometimentos extranodais podem também ocorrer ⁽¹²⁾. O estadiamento é semelhante ao utilizado para a doença de Hodgkin ⁽¹⁴⁾. Febre, sudorese noturna,

anorexia, fadiga e perda de peso são os sintomas encontrados, também denominados sintomas, sintomas constitucionais ou B da LLC.

No período de duas décadas após o diagnóstico, os pacientes têm um risco significativo de apresentar um segundo tumor primário, especialmente de pulmão, cérebro, rim, próstata, melanoma, doença de Hodgkin e leucemia aguda ⁽¹⁵⁾. Metástases de adenocarcinoma em áreas comprometidas por linfomas não-Hodgkin são um achado raro. Presume-se que tenha ocorrido migração de células neoplásicas do esôfago por via linfática para linfonodos acometidos pelo linfoma, na região retroperitoneal da loja renal esquerda.

A conduta escolhida para o tratamento deste caso seria o manejo individual de cada uma dessas neoplasias. A biópsia excisional do linfonodo é necessária, para uma confirmação do tipo histológico do linfoma e programação da terapêutica a ser instituída.

A melhor conduta terapêutica nos casos de

adenocarcinoma de esôfago ainda é a ressecção total do tumor com boa margem de segurança. O tratamento em estágios mais avançados, como no caso apresentado, é paliativo, através de gastrostomia ou tunelização esofágica, sendo esta por via endoscópica ou cirúrgica, dependendo das condições clínicas do paciente ⁽⁹⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾. O adenocarcinoma de esôfago não responde à radioterapia e apresenta maus resultados com a quimioterapia ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾.

O tratamento dos linfomas não-Hodgkin indolentes varia de acordo com sua histologia e com as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente, e consiste de quimioterapia, radioterapia ou ambas ⁽²¹⁾⁽²²⁾.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Dr. Roque Furian, patologista do Departamento de Patologia do Instituto de Pesquisas Cito-Oncológicas da FFFCMPA, pelo trabalho fotográfico das lâminas; e à Dr^a Laura Fogliato, médica hematologista, pela colaboração na escolha dos artigos referentes ao linfoma.

Referências Bibliográficas:

- ZILBERSTEIN, B.; PINOTTI, H.W.; CECCONELLO, I.; IBRAHIM, R.E. – Câncer de Esôfago. In: Pinotti HW, ed. Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo. Vol I. São Paulo: Atheneu, 1994, 415-26.
- KUMAGAI, Y.; MAKUUCHI, H. – Malignant esophageal tumors. In: Kumagai Y, Makuuchi H. Practical fiberoptic esophagoscopy. Tokyo: Ygaku-Shoin, 1987, 67-86.
- ROTH, J.A.; PUTMAN Jr, J.B.; RICH, T.A.; FORASTIERE, A.A. – Cancer of the esophagus. In: De Vita JR VT, Hellmans S, Rosenberg AS eds. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 1997, 980-1010.
- SAKAI, P. – Propedêutica das afecções do esôfago. In: Pinotti HW ed. Tratado de Clínica. Cirúrgica do Aparelho Digestivo. Vol I. São Paulo: Atheneu, 1994, 184-90.
- MORSON, B.C.; BELCHER, J.R. – Adenocarcinoma of the esophagus and ectopic gastric mucosa. *Bras J Cancer*, 1952, 6:127-30.
- PORTLOCK, C.S. – Os linfomas não-Hodgkin. In: Wingarden JB, Smith LH eds. Cecil – Tratado de Medicina Interna. 18^a ed. Vol I. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1990, 888-92.
- MATIS, L.A.; YOUNG, R.C.; LONGO, D.L. – Nodular lymphomas. Current concepts. *CRC Crit Rev Onco Hematol*, 1986, 5:171-76.
- FREEDMANN, A.S.; NADLER, L.M. – Non-Hodgkin's lymphomas. In: Holland JF et al. eds. Cancer Medicine. 3^a ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1993, 2028.
- LERUT, T.; COOSEMAN, W.; VAN RAENDONCK, D.; et al. – Surgical treatment of Barrett's carcinoma: Correlations between morphologic findings and prognosis. *J Thor Card Surg.*, 1994, 107(4):1059-66.
- TURNBULL, A.D.M.; GOODNER, D.T. – Primary adenocarcinoma of the esophagus. *Cancer*, 1970, 22:915-18.
- PISTOLESI, G.F.; LOVISATTI, L.; FLORIO, F.; STELLA, P.; SOREGAROLLI, A. – Radiological aspects of cancer of the esophagus. *Int Surg.*, 1984, 69:41-9.
- The Non-Hodgkin's Lymphoma Pathologic

- Classification Project: National Cancer Institute sponsored study of classifications of non-Hodgkin's lymphomas: summary and description of a working formulation for clinical usage. *Cancer*, 1982, 49(10):2112-35.
13. PINKUS, G.S. – Needle biopsy in malignant lymphoma. *J Clin Oncol*, 1996, 14(9):2415-16.
14. Non-Hodgkin's lymphoma. In: American Joint Committee of Cancer: Manual for Staging of Cancer. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992, 257-61.
15. TRAVIS, L.B.; CURTIS, R.E.; GLIMELIUS, B.; et al. – Second cancer among long-term survivors of non-Hodgkin's lymphoma. *J Nat Cancer Inst*, 1993, 85(23):1932-37.
16. BELSEY, R. – Palliative management of esophageal carcinoma. *Am J Surg*, 1980, 139:789-94.
17. CECCONELLO, I.; ZILBERSTEIN, B.; DOMENE, C.E.; MENICONI, M.W.; PINOTTI, H.W. – Tratamento Paliativo do Câncer do Esôfago. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, 1989, Supl 5:17-20.
18. MALAFAIA, O. – Experiência de 15 anos com o tratamento paliativo do câncer esofágico através de tunelização esofágica. *Rev Col Bras Cir*, 1986, 13:21115.
19. HERSOVICK, A.; MARTZ, K.; AL-SARRAF, M; et al. – Combined chemotherapy and radiotherapy compared with radiotherapy alone in patients with cancer of the esophagus. *N Engl J Med*, 1992, 326(24):1593-98.
20. KELSEN, D.P.; BAINS, M.; BURT, M. – Neoadjuvant chemotherapy and surgery of cancer of the esophagus. *Semin Surg Oncol*, 1990, 6(5):268-73.
21. ARMITAGE, J.O. – Treatment of non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med*, 1993, 328(14):1023-30.
22. YOUNG, R.C.; LONGO, D.L.; GLATSTEIN, E.; et al. – The treatment of indolent lymphomas: watchful waiting V aggressive combined modality treatment. *Semin Hematol*, 1988, 25(2, Supl. 2):11-16.