

Linfoma não-Hodgkin acometendo o estômago e o bulbo duodenal. Relato de um caso com evolução de 18 meses

FERNANDO CORDEIRO, HELOÍSA DIAS, GUSTAVO CARNEIRO LEÃO, GUILHERME ROBALINHO, ANA LÚCIA C. DOMINGUES

Trabalho realizado no Setor de Pesquisas Clínicas do Laboratório de Imunopatologia Keizo Asami (Lika), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Introdução

A incidência do linfoma não-Hodgkin varia amplamente de acordo com as estatísticas mais recentes [1]. No Nordeste do Brasil, a incidência de todas as formas de linfoma é 4,30:100.000 habitantes, independente do órgão de origem [2].

Os autores relatam o caso de um paciente com linfoma linfocítico acometendo o estômago e o bulbo duodenal, e o seguimento por um ano e seis meses.

Relato do caso

Paciente do sexo masculino, com 60 anos de idade, foi admitido no Hospital Universitário em abril de 1991, com história clínica de anorexia, dor epigástrica e sintomas dispépticos há cerca de um mês e sangramento digestivo antecedendo hospitalização. O exame clínico revelou estado geral regular, palidez da pele e das mucosas; adenomegalias axilar esquerda e inguinal bilateral; ausência de visceromegalias no exame abdominal. O hemograma mostrou uma hemoglobina de 9,3 g/100 ml e linfocitose típica (61%) no esfregaço; protidograma com acentuada hipoalbuminemia. O exame da medula óssea realizado por punção esternal única revelou normocelularidade ao estudo citológico. O exame endoscópico revelou extensa ulceração interessando as paredes anterior e posterior da pequena curvatura do estômago ao nível do ângulo gástrico, com bordas irregulares, elevadas e endurecidas e fundo recoberto por tecido necrótico, com ilhotas de regeneração. No bulbo duodenal, presença de formações elevadas, irregulares, de coloração vinhosa, algumas com superfície erodada (Figura 1). A biópsia foi sugestiva mas não conclusiva para o diagnóstico, sendo repetida al-

guns dias depois quando foi firmado o diagnóstico de linfoma linfocítico pouco diferenciado (Figura 2).



Figura 1. Fotografia do bulbo duodenal mostrando as formações elevadas, irregulares, de coloração avermelhada e superfície erodada.

A biópsia do linfonodo axilar esquerdo confirmou o diagnóstico. O estudo radiológico mostrou lesão ulcerada irregular ao nível do ângulo gástrico, com espessamento de pregas mucosas do corpo e antro, e falha de enchimento irregular ao nível do bulbo duodenal. Ultra-sonografia do abdômen não revelou metástase hepática.

O tratamento consistiu de seis ciclos de quimioterapia antineoplásica, com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona e bleomicina com intervalo de três semanas, por um período de três meses.

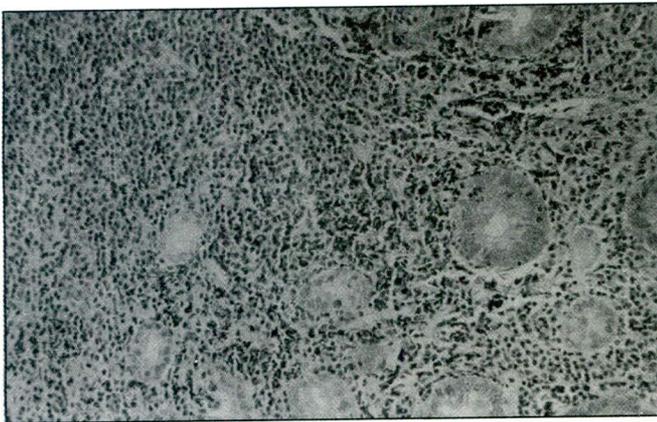


Figura 2. Microfotografia da mucosa duodenal, mostrando o denso infiltrado de linfócitos na lâmina própria, separando as criptas.

Nos exames endoscópicos de controle, realizados três e seis meses depois, observou-se regressão progressiva das lesões, que estavam completamente cicatrizadas no nono mês (Figura 3), sendo também as biópsias negativas.



Figura 3. Endoscopia de controle (nove meses) mostrando a regressão das lesões duodenais após o tratamento.

No controle clínico de um ano, o paciente chegou ao ambulatório com queixa de dor epigástrica. Nova endoscopia revelou a presença de duas ulcerações ao nível do ângulo gástrico (medindo cada uma aproximadamente 10 mm de diâmetro, com bordas irregulares e endurecidas) e o reaparecimento das elevações vinhosas e irregulares no bulbo duodenal. As biópsias em ambas as lesões revelaram "linfoma linfocítico de células pequenas".

Foi decidido, então, submeter o paciente a uma gastrectomia com vistas à citorredução do processo linfomatoso. O ato cirúrgico, realizado em abril de 1992,

limitou-se a uma gastrojejunosomia, devido à infiltração dos nódulos mesentéricos. Foi instituído então novo ciclo de quimioterapia, com o esquema *cap-bop* (ciclofosfamida, doxorubicina, procarbazina, bleomicina, vincristina e prednisona), objetivando controlar a recidiva da doença. O paciente faleceu após 18 meses de evolução.

Comentários

Os linfomas não-Hodgkin constituem um grupo de neoplasias malignas que se desenvolvem em componentes linfóides do sistema imunológico. A faixa etária mais acometida é aquela acima dos 50 anos, predominando no sexo masculino [3]. O linfoma pode comprometer o trato gastrointestinal como tumor primário ou fazendo parte de um processo disseminado. O estômago é a localização extranodal mais freqüente para o linfoma não-Hodgkin, mas é raro como localização primária na doença de Hodgkin [4].

O aspecto endoscópico não é patognomônico para o diagnóstico de linfoma, mas a presença de lesões ulceradas e/ou vegetantes é fortemente sugestiva deste diagnóstico [5] Lewin e cols. [6], em um estudo de 117 casos de linfoma do trato gastrointestinal, relataram 48 casos acometendo o estômago e 37 o intestino delgado. Do ponto de vista histológico, os linfomas são classificados, de acordo com Rappaport, em: histiocítico, linfocítico e misto; o primeiro é o mais freqüentemente encontrado no tubo digestivo.

O caso clínico descrito, de linfoma não-Hodgkin pouco diferenciado, acometendo o estômago e o bulbo duodenal, apresentou regressão após quimioterapia. Após um ano de evolução houve recrudescimento das lesões, sendo tentada a citorredução por via cirúrgica, sem sucesso. Confirmando o mau prognóstico destes casos, o paciente veio a falecer 18 meses após o diagnóstico, a despeito de nova tentativa terapêutica com quimioterapia.

Referências bibliográficas

- CALUN M et al. Cancer Incidence in Five Continents. Vol. 5, Edited by International Agency for Research on Cancer, Lyon, 1982.
- CARVALHO ARL. Malignant lymphomas in northeastern Brazil, J Nat Can Inst 1973; 50(6): 1645-1650.
- ORNELLAS AT, MEIRELLES AF. Tumores, In: Dani R, Paula Castro L, Ed. Gastroenterologia Clínica, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1988.
- SCHUMAN BM. Diseases of the duodenum. In: Sivak MV. Ed. Gastroenterologic Endoscopy, New York, WB Saunders Co, 1987.
- JAMIL D, BIADILLAH CH, BAGHAD M, MOUMEN M, CHERKAOU A. Apport de la fibroscopie dans le lymphomes maligns non Hodgkiniens digestif. J Chir (Paris) 1990; 127(1): 41-4.
- LEWIN KJ, RANCHOD M, DORFMAN RF. Lymphomas of the gastrointestinal tract. A study of 117 cases presenting with gastrointestinal disease. Cancer 1978; 42: 701-715.