

VALOR DA PUNÇÃO BIÓPSIA NO DIAGNÓSTICO DOS LINFOMAS E LEUCEMIAS

EMMANUEL REBELLO **

A punção biópsia neste grupo de afecções é realizada por nós, no SNC como rotina, obedecendo a seguinte ordem: medula óssea, gânglio e baço.

Em todo paciente clinicamente rotulado como linfomatoso ou leucêmico, realizamos em primeiro lugar uma punção de medula esternal (em adulto) ou ilíaca (em criança), para estudo de hematopoese, este estudo é feito em 3 fases diferentes. Inicialmente, estudamos uma preparação úmida sob microscopia de fase para em seguida estudar distensões coradas e por último o corte da inclusão do sedimento de células. São pois três métodos diferentes que nos darão uma orientação segura auxiliado por dados clínicos e achados do sangue circulante. Na maioria das vezes conseguimos um diagnóstico da entidade mórbida. Casos há em que nos prendemos a apreciar as modificações das séries hematopoéticas, sem no entanto chegar ao diagnóstico típico.

(*) Simpósio sobre Linfoma e leucemia, realizada em 13.XI.1956 pelo Departamento de Cancerologia da Associação Paulista de Medicina.

(**) Chefe do Laboratório de Patologia Clínica do Instituto de Cancer do Serviço Nacional de Cancer. M. S. — Rio de Janeiro — Brasil.

Nos linfomas os informes do mielograma são, na maioria, mais importantes para orientar a terapêutica e avaliar o prognóstico do que propriamente diagnóstico, pois aqui o estudo histopatológico do gânglio fornece resultados seguros.

Nas leucemias ao contrário, o diagnóstico é quase que exclusivamente feito pelo estudo da medula, não oferecendo a histopatologia do gânglio grandes informes. O histopatologista de uma maneira geral, só fornece o laudo após dados hematológicos. Também aqui a citologia hematológica orienta a terapêutica e avalia o prognóstico.

Em 90% de nossos casos o diagnóstico é firmado somente pelo mielograma. Nestes casos não precisamos lançar mão da punção biópsia do gânglio ou baço. Assim sendo, o mielograma é o meio mais empregado por nós. Só após esgotados seus recursos diagnósticos é que puncionamos o gânglio ou baço.

Nossa experiência com citologia ganglionar é pequena por dois motivos:

1.º) Na grande maioria o adenograma não é meio esclarecedor de valia. O material obtido por punção ganglio-

nar não fornece dados diagnósticos precisos para diferenciar os linfomas entre si, bem como êles duma hiperplasia benigna.

No ganglio só conseguimos bons resultados diagnósticos em casos de carcinoma metastático suspeitos clinicamente de linfomas. Há valor também em casos de metaplasia hemato-poéticas e outras afecções raras que não cabe aqui estudar.

Em nossas mãos, embora que contrariando alguns autores nacionais e estrangeiros, os achados citológicos dos gânglios são desanimadores, não tendo sido por nós incluído como elemento de rotina.

3.º) O outro motivo é de ordem técnica, pois funciona em nosso serviço um laboratório de Anatomia Patológica com capacidade de fornecer resultados histopatológicos de gânglios em 24 horas. A brevidade e a precisão do laudo desencorajam qualquer tentativa duma sistematização da punção biópsia como rotina diagnóstica.

O baço entra em terceiro lugar como elemento esclarecedor e só o puncionamos quando os meios anteriores foram ineficazes para o diagnóstico. Aqui os dados obtidos são mais auxiliares do que no gânglio, porém menos do que na medula. Temos obtido bons resultados usando a microscopia de fase, na identificação das células.

Para finalizar as considerações a respeito da punção biópsia, devemos dizer que um diagnóstico citológico é sempre acompanhado de informes que nos orientam no sentido exato do diagnóstico. Os informes a que recorreremos são: dados clínicos, exames do sangue circulante (hemograma completo, estudo do complexo de coagulação, testes

imunohematológicos, etc) e traçado eletroforetico. Casos há que prescindimos dos informes, pois o diagnóstico se mostra evidente.

A seguir passaremos ao relato de como se apresenta o mielograma nas diversas afecções:

Doença de Brill Symmers: Caracterizada por agrupamento de células com grande núcleo e diminuto protoplasma, assemelhando-se a linfócitos maduros. A natureza dessas células é ainda discutida, pois podem evoluir para o tipo reticular, dando em consequência doença de Hodgkin e leucemia monocítica, ou ainda evoluir para o tipo de células linfocíticas, originando — linfossarcoma e leucemia linfocítica. Dai Moeschlin, apropriadamente chama-las de "grandes células reticulares linfáticas". Há ainda, discreta hiperplasia de células reticulares, e normoplasia das outras séries.

Retículo-sarcoma: A medula óssea em casos iniciais mostra-se com discreta hiperplasia das células reticulares e normoplasia em tôdas as outras séries. Quando estudamos um caso de retículo-sarcoma já evoluído, os achados medulares são traduzidos por hiperplasia da série blástica com especial domínio das células reticulares primitivas e aparecimento de fina rede de reticulina. Há também, uma hipoplasia da série trombocítica, traduzida por raros megacariócitos com protoplasma vacuolado, e da série eritrocítica que conserva porém equilíbrio de maturação. Os plasmácitos acham-se aumentados. O sangue periférico revela anemia normocítica normocrômica, leucopenia e discreta monocitose de monócitos verdadeiros.

Doença de Hodgkin: A medula es-
ternal mostra modificações gerais e
arranjos específicos. Na maioria de
nossos casos verificamos discreta hi-
perplasia das células reticulares primi-
tivas, desvio para a esquerda dos gra-
nulócitos e reação eosinofílica. Nota-
mos ainda, medula hipoplástica com
acentuada depressão da série eritrocí-
tica, que apresentam raros megacario-
citos em fase de degeneração. Nos res-
tantes, observamos medula normoplás-
tica ou hiperplástica. Essa hiperpla-
sia foi total ou eletiva. Quando eleti-
va, observamos riqueza da série eritro-
cítica com parada de maturação na fase
do eritroblasto basófilo, em contraste
com a anemia do sangue circulante.
São nesses casos que encontramos con-
comitância da doença com o hiperesple-
nismo. No Hodgkin, mais do que nas
outras doenças, observamos o apareci-
mento dessa esplenomegalia funcio-
nante.

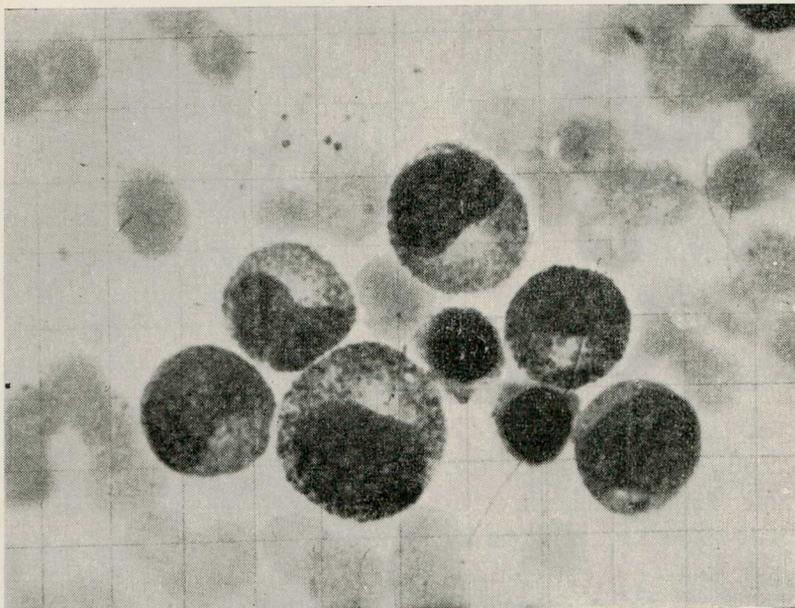
Linfosarcoma: Na medula óssea
desses pacientes encontramos achados
gerais e particulares. Nos gerais, no-
tamos na maioria medula hipoplástica
com acentuada deficiência da série eri-
trocítica e trombocítica. Encontramos
às vezes, medula hiperplástica total ou
eletivamente, quando há associação com
hiperesplenismo. Dos achados parti-
culares, notamos aumento do número
de linfócitos que se apresentam ati-
picos, pequenos, arredondados, com
núcleo grande e às vezes lobulados, po-
dendo o protoplasma apresentar-se di-
minuto e basófilo. Há também um dis-
creto aumento do número de plasmáci-
tos maduros.

*Leucemia aguda ou Leucemia de
células indiferenciadas:* Os achados

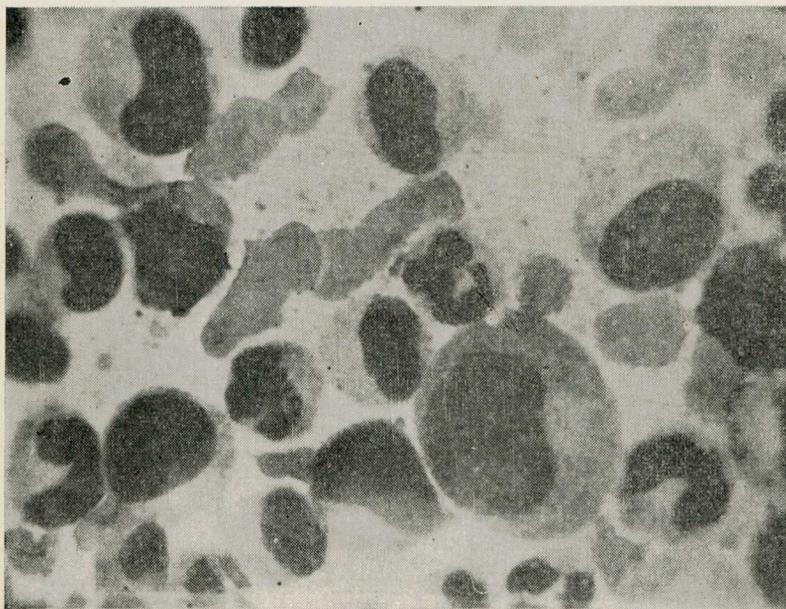
medulares são constituídos por intensa
hiperplasia de células indiferenciadas,
caracterizadas por diminuto protoplas-
ma sem granulações, núcleos grandes,
cromatina finamente distribuída e dois
a três grandes nucléolos. As outras
séries encontram-se deprimidas. No
sangue circulante, encontramos o mes-
mo tipo celular, porém muitas vezes
destituídos de protoplasma ou com dis-
creta faixa de protoplasma. Anemia
normocítica e trombocitopenia, acom-
panham essa modalidade.

Leucemia granulocítica: Encon-
tramos acentuada hiperplasia das sé-
ries blástica e granulocítica, com desvio
para a esquerda. Índice cariocinético
dos granulócitos aumentado e relação
eritro-granulocítica muito acima do
normal, chegando às vezes a 1:10. As
séries linfocítica, monocítica e plasmó-
cítica, estavam na maioria das vezes
dentro dos limites normais. A série
trombocítica nos casos recentes ou de
exacerbação mostra intensa hiperplasia
constituída de megacariócitos funcio-
nantes em todas as fases de evolução.
Nos estados crônicos antigos, bem como
nos agudos, há ao contrário, deficiência
acentuada da série trombocítica. A
série eritrocítica mostra-se quase sem-
pre hipoplástica conservando equilíbrio
de maturação. O índice cariocinético
dos eritrócitos é deficiente e poucas
vezes observamos mitoses de eritroblas-
tos.

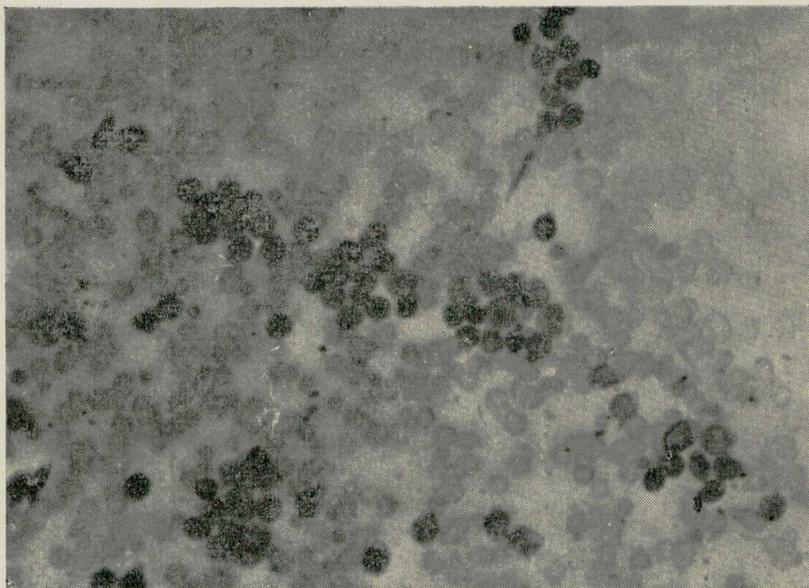
Leucemia Linfocítica: Encontra-
mos linfócitos em número variável e
em diversos graus de maturação. Ca-
sos há em que vemos grupos de linfó-
citos guardando relação entre si, se-
melhante ao que se observaria numa



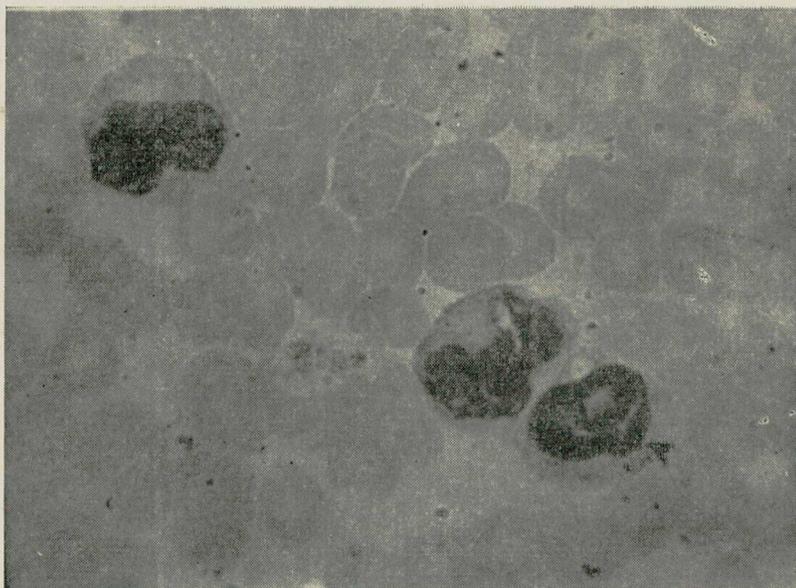
Leucemia granulocítica crônica. Medula óssea. Grupamento constituído mielócito metamielócitos e dois eritroblastos. Fase inicial onde observamos acentuada hiperplasia da medula constituída por êstes glóbulos (Obj. 100. oc. 10).



Leucemia Granulocítica crônica. Medula óssea. Presença de metamielócitos atípicos. Medula dum paciente submetido a terapêutica depressora da hematopoese (no presente caso RX). (Obj. 100. oc. 10).



Leucemia linfocítica crônica. Medula óssea. Grupos de linfócitos guardando relação de maturação entre si o que nos faz lembrar da hiperplasia dos núcleos de Askanazi. No centro vemos linfoblastos e na periferia linfócitos menos indiferenciados. (Obj. 45. oc. 10).



Leucemia monocítica. Sangue circulante. Grupo de monócitos. Na medula observamos o mesmo tipo de células (Obj. 100. oc. 10).

hiperplasia dos foliculos linfóides da medula, descrito por Askanazy. Notamos em nossas observações um elevado número de linfócitos, embora alguns autores tenham descrito quadros desta doença, sem comprometimento medular. Casos há, em que no sangue periférico vimos em concordância com a medula, acentuado aumento dos trombócitos. Na maioria porém encontramos trombocitopenia como responsável pelas manifestações hemorrágicas.

Leucemia Monocítica: Nos casos por nós estudados notamos presença de 80% de células blásticas monocitóides, de grande parte com 2 ou 3 nucléolos nítidos, protoplasma reduzido e basófilo. Deficiência acentuada das séries eritrocítica e trombocítica. Havia in-

teira concordância morfológica das células encontradas na medula e no sangue periférico.

Neste tipo de leucemia, os poucos casos que vimos foram todos de evolução e hematológica aguda.

Leucemia eosinofílica, basofílica e trombocítica: Os 2 primeiros tipos de leucemia constituem achados raros, deixamos de mencioná-las.

O terceiro tipo, isto é, a chamada leucemia trombocítica, não é por nós considerada como entidade mórbida definida, e sim uma fase de evolução (geralmente a fase inicial) da leucemia granulocítica crônica, quando o estímulo leucemico ainda não é totalmente específico atingindo também aos megacariócitos.