

Trabalho apresentado no 44^o Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia, sob a forma de Tema Livre.

RAIMUNDO PESSOA VIEIRA, TSBCP

LINFOMA COLÔNICO - RELATO DE CASO

P.G. GUS
J.F.X. MÜSSNICH
M.A. ROSITO
E.W. BRODBECK
H.G. MÜSSNICH
R.P. DIAS

GUS PG, MÜSSNICH JFX, ROSITO MA, BRODBECK EW, MÜSSNICH HG & DIAS RP - Linfoma colônico - Relato de caso. *Rev bras Colo-Proct*, 1996;16(2):93-95

RESUMO: Paciente de 47 anos, masculino, branco, há 10 meses com quadro clínico de dor abdominal na fossa ilíaca direita, anorexia, febre, emagrecimento e um episódio de diarreia e hematuria. Ao exame físico, massa abdominal palpável e dolorosa na fossa ilíaca direita. Havia sido investigado com múltiplos exames sem nenhuma elaboração diagnóstica definitiva, quando foi submetido a laparotomia exploradora onde foi encontrada grande massa tumoral no cólon direito. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de linfoma não Hodgkin. O estadiamento evidenciou infiltração blástica na medula óssea, caracterizando estágio IV. O paciente evoluiu com insuficiência renal aguda e sepse no pós-operatório, culminando em óbito. São feitos alguns comentários com relação a diagnóstico, prognóstico e tratamento desta patologia com base na literatura atual.

UNITERMOS: linfomas colônicos primários; tumores malignos do cólon

O linfoma colônico primário é uma patologia rara. Somado ao fato de seu quadro clínico facilmente ser confundido com o do adenocarcinoma de cólon, frequentemente seu diagnóstico é feito somente no transoperatório (biópsia de congelação) ou no pós-operatório (anatomopatológico). As várias classificações existentes dificultam estudos comparativos quanto ao tratamento, prognóstico e sobrevida. Sendo assim, achamos oportuno trazer o relato de um caso e alguns comentários a respeito.

Relato do caso

N.R., 47 anos, masculino, branco, há aproximadamente 10 meses apresentando quadro de dor abdominal constante em fossa ilíaca direita, de intensidade progressiva, anorexia, febre, emagrecimento de 8 kg em três meses e episódio de hematuria e diarreia. Ao exame físico apresentava febre, hepatomegalia e massa abdominal palpável na fossa ilíaca direita, dolorosa, pétreia, de uns 15 cm. Havia sido submetido a extensa avaliação clínica, em outros serviços, que incluiu provas laboratoriais e bioquímicas, radiografias, ecografia abdominal e colonoscopia - todos inconclusivos - tendo sido indicada laparotomia diagnóstica que o paciente recusou. Com já quase um ano de sintomatologia, realizou tomografia abdominal que mostrou grande espessamento da parede do cólon direito e íleo terminal, múltiplas adenomegalias e infiltração de mesentério e retroperitônio com ureterohidronefrose à direita. Foi então submetido a laparotomia exploradora onde foi encontrada extensa lesão comprometendo todo o cólon direito, ceco e íleo terminal. O laudo anatomopatológico diagnosticou linfoma não hodgkiniano de baixo grau, centrocitóide (segundo a classificação de Kiel), células tipo B, com infiltração difusa transmural, envolvimento de íleo terminal e cólon direito. Evoluiu com insuficiência renal aguda no pós-operatório imediato com boa resposta ao tratamento. Biópsia de medula óssea realizada na ocasião demonstrou infiltração blástica caracterizando estágio IV. Na segunda semana de pós-operatório, evoluiu para choque séptico refratário culminando em óbito cinco dias após.

DISCUSSÃO

Linfoma é uma neoplasia do sistema linforreticular. Através de métodos imunohistoquímicos podem ser identificados os tipos celulares B ou T. Na imensa maioria dos casos atinge primariamente os gânglios linfáticos, sob a forma de linfonodomegalia generalizada ou localizada, podendo ou não envolver outros órgãos (estômago, intestino delgado e grosso, pulmões, medula óssea). Mais raramente, pode originar-se de qualquer tecido linfóide. Embora sejam raros os linfomas gastrointestinais malignos primários, o trato digestivo é a localização extra-nodal mais comum, sendo o estômago o mais frequentemente afetado, seguido pelos intestinos delgado e grosso (este último em apenas 0,4 a 2,1% dos casos)^(2-7, 11).

No cólon, sua forma de apresentação mais comum é uma lesão de crescimento local, com um tamanho médio de 9 cm (variando de 1 a 20 cm)⁽⁴⁾. Pode ser encontrado também sob a forma multifocal (que simula pseudopolipose) e infiltrante, com envolvimento de grandes segmentos de intestino delgado e grosso, cujas paredes tornam-se espessadas, assumindo aspecto tubular rígido⁽²⁾.

Sua incidência tem discreta predominância no sexo masculino, com uma proporção de 2:1^(1, 2, 7). Pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais freqüente na quinta década^(1-4, 7). A maioria dos linfomas colônicos malignos é do tipo não Hodgkin difuso, com células B^(1, 3, 9). São considerados fatores predisponentes as doenças inflamatórias intestinais (RCUI e doença de Cröhn) de longa evolução, a doença celíaca, a dermatite herpetiforme, a deficiência idiopática de imunoglobulinas de início tardio, a imunossupressão induzida por drogas após transplante e a síndrome de imunodeficiência adquirida^(2, 5, 8, 9).

Quanto ao quadro clínico, o achado mais comum é dor abdominal^(1-4, 6, 7) associada a massa abdominal palpável^(1-3, 7). Podem estar presentes também emagrecimento^(1-3, 7), enterorragia^(1-4, 7), melena⁽¹⁾, alteração de hábito intestinal^(1, 2, 7), anorexia^(1, 7), fraqueza^(1, 7) e elevação da fosfatase alcalina e LDH⁽¹⁾. Em 12% dos casos são encontrados outros tumores associados^(2, 4).

O diagnóstico e o estadiamento são feitos através de: exame, enema opaco com duplo contraste, colonoscopia com biópsia, tomografia computadorizada, rx de tórax, biópsia de medula óssea, laparotomia exploradora^(1, 3, 4, 6, 7). Antigamente, o diagnóstico era estabelecido no transoperatório por meio de biópsias de congelamento; atualmente, tem sido feito cada vez mais no pré-operatório, através de colonoscopia com biópsia⁽⁶⁾. O estadiamento pode ser feito pela classificação de Ann Harbor modificada:

I - confinado ao trato gastrointestinal	- doença localizada
II - extensão aos linfonodos regionais	- doença localizada
III - tumor acima e abaixo do diafragma	- doença disseminada
IV - disseminação generalizada	- doença disseminada

A disseminação se dá em 13% dos pacientes, geralmente no primeiro ano de vida⁽²⁾. Para um melhor entendimento das classificações mais utilizadas quanto ao tipo histológico

(Kiel; Lukes e Collins; Rappaport) foi elaborada a Working Formulation, que tem um bom coeficiente de correlação com estas (0,87; 0,77; 0,85, respectivamente)⁽²⁾.

Em relação à terapêutica, existem inúmeras controvérsias. Praticamente, o único consenso é a necessidade de um tratamento multidisciplinar, associando quimioterapia, radioterapia e cirurgia^(1-4, 6, 7, 9). A laparotomia exploradora possibilita estadiamento e diagnóstico adequados, bem como ressecção do tumor, quando factível. A excisão cirúrgica é importante não só com intuito curativo, mas também na prevenção de possíveis complicações como obstrução, perfuração e sangramento^(4, 7). Das três modalidades, a cirurgia é a de menor morbidade, e, segundo alguns autores, pode ser curativa se a lesão for totalmente excisada, tornando desnecessário o tratamento adjuvante⁽⁷⁾. Já outros sugerem o uso de radioterapia pós-operatória no sentido de diminuir a recidiva local⁽⁴⁾. Têm sido relatadas, em casos selecionados, outras formas de tratamento (não cirúrgico) com resultados igualmente bons. No manejo do estágio I a radioterapia isolada tem sido reportada como tão efetiva quanto a exérese cirúrgica. O benefício de uma ressecção paliativa é incerto: deve-se lembrar que o linfoma, diversamente do adenocarcinoma, tem boa resposta à radioterapia, que exerce um controle local adequado. Contudo, não é isenta de complicações: sangramento e perfuração (com 100% mortalidade), supressão medular e enterite actínica^(1, 10, 11). Em uma série o índice de perfuração e sangramento após cirurgia com radioterapia foi de 12%, subindo para 22% nos pacientes submetidos somente à radioterapia⁽⁴⁾.

A quimioterapia é a modalidade que envolve maior morbidade, representada por sangramento e perfuração (cuja incidência diminui se realizada após ressecção cirúrgica)⁽³⁾, imunossupressão e sepsis, novos tumores⁽⁶⁾. É discutível o benefício da quimioterapia em pacientes com doença localizada^(6, 7), situação em que ela é proposta com o intuito de diminuir a recorrência⁽³⁾; já nos casos de doença disseminada ela está claramente indicada⁽⁶⁾. Parece que a ressecção cirúrgica deve ser tentada em todos os pacientes, com intenção curativa nos estágios I e II e com finalidade de redução tumoral para prolongamento da sobrevida e melhora da resposta à quimioterapia e à radioterapia^(1, 2, 4). A radioterapia proporciona um bom controle local, principalmente quando associada à cirurgia; porém pode trazer sérias complicações, devendo ser avaliada a relação risco - benefício de sua utilização em cada caso. A quimioterapia fica reservada aos pacientes com doença disseminada e àqueles com doença localizada que tenham alto risco de recidiva sistêmica^(4, 6, 7).

O índice de recorrência varia de 8 a 33% na maioria das séries, diminuindo após os primeiros dois anos - embora existam casos de recidiva tardia (após 14 anos)⁽²⁾. Na literatura mundial a sobrevida em cinco anos varia de 20 a 55%^(1, 6).

Também é muito controversa a importância de alguns fatores prognósticos tais como: idade, tipo histológico, tamanho do tumor primário e grau de penetração do tumor^(2, 4). Quanto à idade, alguns afirmam ser pior o prognóstico em jovens^(1, 7), enquanto outros consideram irrelevante^(2, 4). Segundo Herrmann⁽⁷⁾, o tipo histológico histiocítico difuso é o de pior

prognóstico, enquanto para Hwang⁽¹⁾ não parece haver diferença. O prognóstico de tumores maiores de 5 cm é considerado pior para alguns autores⁽⁴⁾, enquanto outros discordam⁽¹⁾.

Os relatos são unânimes em concluir que: o sexo não altera o prognóstico^(1,2,4), bem como o sítio do tumor primário; a ressecção radical aumenta a sobrevida^(2,3); o tipo celular B tem melhor prognóstico⁽¹⁾; os pacientes com doença localizada têm melhor prognóstico que aqueles com doença disseminada.

GUS PG, MÜSSNICH JFX, ROSITO MA, BRODBECK EW, MÜSSNICH HG & DIAS RP - Colonic lymphoma - Case report.

SUMMARY: A white 47-year-old male patient presented abdominal pain in the right lower quadrant, anorexia, weight loss, fever of diarrhea and haematuria for 10 months. The physical exam showed a palpable, painful abdominal mass in the right iliac fossa. He had undergone thorough investigations which led to no definite diagnosis. Then, an exploratory laparotomy was performed and showed a great tumoral mass involving the entire ascending colon. The histopathological exam revealed lymphoma non-Hodgkin. The bone marrow had a blastic infiltrate at biopsy, characterizing stage IV. The patient presented acute renal failure and sepsis in the postoperative period, culminating in death. Further comments are made upon diagnosis, prognosis and therapeutics, based on literature review.

KEY WORDS: primary colonic lymphoma; malignant tumors of colon

REFERÊNCIAS

1. Hwang WS et al. Primary colorectal lymphoma in Taiwan. *Cancer* 1992; 70(1): 575-80.
2. Dragosics B et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphomas: a retrospective clinicopathologic study of 150 cases. *Cancer* 1985; 55: 1060-73.
3. Talamonti MS et al. Gastrointestinal lymphoma. *Arch Surg* 1990; 125: 972-77.
4. Weingrad DN et al. Primary gastrointestinal lymphoma, a 30-year review. *Cancer* 1982; 49: 1258-65.
5. Jalleh RP et al. Cecocolic intussusception in multiple lymphomatous polyposis of the gastrointestinal tract. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 424-26.
6. Rackner VI et al. Role of surgery in multimodality therapy for gastrointestinal lymphoma. *Am J Surg* 1991; 161: 570-75.
7. Herrmann R et al. Gastrointestinal involvement in non-Hodgkin's lymphoma. *Cancer* 1980; 46: 215-222.
8. Greenstein AJ et al. Lymphoma in inflammatory bowel disease. *Cancer* 1992; 69: 1119-23.
9. Oliveira LCC et al. Linfomas colorretais. *Rev bras Colo-Proct* 1994; 14(4): 240-43.
10. Hande KR et al. Diffuse histiocytic lymphoma involving the gastrointestinal tract. *Cancer* 1978; 41: 1984-89.
11. Naovi MS et al. Lymphoma of the gastrointestinal tract: prognostic guides based on 162 cases. *Ann Surg* 1969; 170: 221-31.

Endereço para correspondência:

GUS P.G.
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Av. Ramiro Barcelos, 2350 - zona 15
90035-003 - Porto Alegre - RS