

# INTUSSUSCEPÇÃO ÍLEO-CECAL POR LINFOMA - RELATO DE UM CASO

EDUARDO FONSECA ALVES FILHO  
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE - FSBCP  
ALEXSANDRO MARCOS ROSA  
CARLOS ALBERTO DA SILVA GOMES  
BENÍCIO LUIZ B. B. PAULA NUNES - FSBCP  
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP

ALVES FILHO EF, ALBUQUERQUE IC, ROSA AM, GOMES CAS, PAULA NUNES BLBB, FORMIGA GJS - Intussuscepção íleo-cecal por linfoma. Relato de um caso. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(2): 100-102

**RESUMO:** Os autores relatam um caso de intussuscepção íleo-cecal por linfoma, cuja sintomatologia principal era dor abdominal em cólica, náuseas e vômitos, alteração do hábito intestinal e perda de peso de 10 kg em três anos. O diagnóstico foi feito por meio de enema opaco, colonoscopia e TC de abdome. A conduta tomada foi laparotomia exploradora, hemicolectomia direita e biópsia de glânglio mesentérico. São realizados comentários a respeito da sintomatologia, diagnóstico e tratamento.

**UNITERMOS:** Linfoma; Intussuscepção; Íleo; Ceco.

Os linfomas são tumores raros do intestino grosso, correspondendo de 4 a 12% dos linfomas primários do trato gastrointestinal e a 0,1-1,0% dos tumores malignos do intestino grosso<sup>2,12,15</sup>. Aproximadamente 50-70% dos linfomas do intestino grosso localizam-se no ceco, sendo este local, seguido do reto, o mais acometido<sup>8</sup>. A sintomatologia principal dos linfomas colorretais compreende dor abdominal<sup>2-4,7-10,12,15</sup>, alteração do hábito intestinal, emagrecimento, caquexia, sendo muitas vezes impossível o diagnóstico diferencial com os sintomas e sinais de outros tumores, principalmente o adenocarcinoma<sup>2,3,12,15</sup>. Em até 50% dos casos, pode-se encontrar massa palpável no abdome<sup>12</sup>. Os linfomas podem ser do tipo Hodgkin; ou do tipo não Hodgkin de células B<sup>2,4,15</sup>. A intussuscepção é uma das complicações dos linfomas intestinais<sup>6,11,14</sup>. Mais de 90% dos casos de intussuscepção ocorrem em crianças, sendo incomum em adultos<sup>9</sup>. Quando acomete o intestino grosso de adultos, geralmente possui uma causa subjacente, que pode ser pólipos ou tumor maligno.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso de intussuscepção íleo-cecal por linfoma.

## RELATO DO CASO

ASC, 54 anos, masc., apresentava dor abdominal em cólica, náuseas e vômitos, alteração do hábito intestinal e emagrecimento de 10 kg em três anos. Ao exame físico, caquexia, anemia, tumoração palpável em flanco e fossa

ílica direita. O exame proctológico evidenciou mucosa normal até 30 cm e compressão extrínseca na transição retossigmoidiana.



Figura 1 - Enema opaco - Falha de enchimento e irregularidade de contorno em ceco ascendente.

Os exames laboratoriais realizados foram: Hb - 9,8g%; Albumina - 2,9; Anti-HIV - negativo. O enema opaco mostrou falha de enchimento e irregularidade de contorno em ceco ascendente (Figura 1) e a colonoscopia confirmou a

presença de lesão tumoral com ulceração em cólon direito. Entretanto, o AP de biópsia realizada durante o exame colonoscópico, acusou apenas processo inflamatório, não confirmando a hipótese de neoplasia.

Os resultados dos exames por métodos gráficos, como TC de abdome e pelve mostraram invaginação ileo-cecólica e linfadenopatia periaórtica (Figura 2).

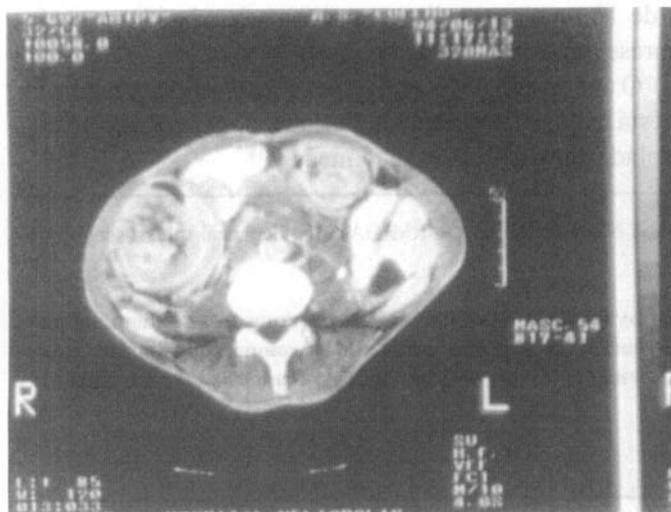
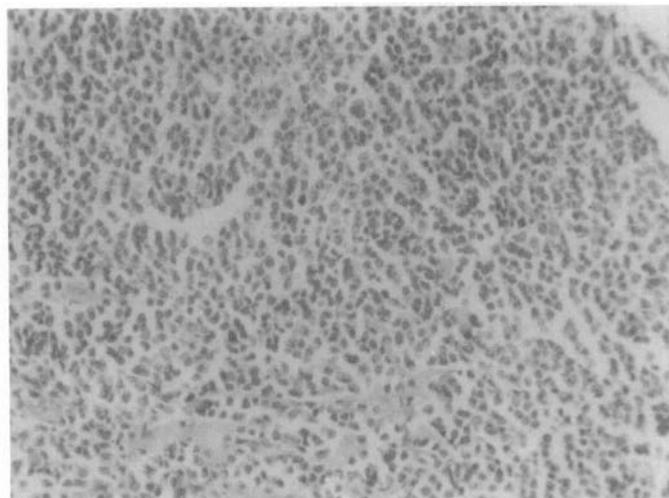


Figura 2 - TC de abdome - Imagem compatível com invaginação ileo-ceco-cólica e linfadenopatia periaórtica.

Na impossibilidade do diagnóstico histopatológico, durante o estadiamento pré-operatório e considerando o quadro clínico e os exames realizados, foi indicada laparotomia exploradora seguida de hemicolectomia direita e biópsia de linfonodo mesentérico. O exame anatomopatológico (AP) da peça confirmou a impressão diagnóstica de linfoma do tipo não Hodgkin de grau intermediário de malignidade (Figuras 3 e 4). A evolução pós-operatória transcorreu sem complicações com alta hospitalar em duas semanas.



Figuras 3 e 4 - Exame anatomopatológico de peça cirúrgica mostrando células linfocíticas tipo C distribuídas de forma difusa e estroma moderadamente representado (10X e 20X).

Durante o seguimento ambulatorial, foi feita avaliação oncológica, porém o doente não apresentou condições clínicas para QT complementar. Dois meses após a operação, ocorreu o óbito.

## DISCUSSÃO

Os linfomas são a terceira neoplasia maligna mais comum do intestino grosso, após o adenocarcinoma e tumores carcinóides<sup>9</sup>, correspondendo de 0,1 a 1,0% de todos os tumores do intestino grosso, e na localização ileo-cecal correspondem a 4 - 12% dos linfomas gastrointestinais<sup>2,12,15</sup>. Mais da metade dos linfomas do intestino grosso localizam-se no ceco e reto<sup>2,13</sup>. O sexo masculino parece ser mais acometido que o feminino, havendo uma predominância maior acima dos 50 anos de idade<sup>2,3,7,12</sup>. Geralmente são linfomas não Hodgkin e os estudos imunohistoquímicos indicam que a maioria deles são de fenótipo tipo B<sup>12</sup>.

O quadro clínico é semelhante ao de outros tumores, sendo que o sintoma mais frequente, em todas as séries, é a dor abdominal, seguida de emagrecimento, alteração do hábito intestinal, caquexia e anemia<sup>2-4,7-10,12,15</sup>. O achado físico mais comum é uma massa abdominal palpável, verificada em até 50% dos casos.

O diagnóstico pré-operatório é bastante difícil, e na maioria das vezes só é obtido no exame das peças ressecadas em cirurgias eletivas, ou em cirurgias de urgência na vigência de complicações, como sangramento, obstrução e intussuscepção<sup>6,11,14</sup>.

A intussuscepção do intestino grosso pode ser ileocecal ou colo-cólica, com predominância de ileo-cecólica, que corresponde de 70 a 90% dos casos<sup>1</sup>. É rara em adultos e acomete o intestino grosso em menos de 10%. Quase sempre possui uma causa subja-

cente, particularmente um pólipos ou um tumor maligno. Em nosso relato, existia um tumor de característica linfóide.

O quadro clínico de intussuscepção geralmente apresenta-se com sinais e sintomas de obstrução intestinal, o que não ocorreu com o nosso paciente. O diagnóstico pode ser feito por meio de exames complementares, ou por laparotomia exploradora quando na vigência de obstrução<sup>6,7,11,14</sup>. Neste caso o enema opaco demonstrou falha de enchimento em ceco-ascendente; a colonoscopia mostrou uma lesão tumoral com ulceração em cólon direito e a TC de abdome evidenciou imagem sugestiva de invaginação ileo-ceco-cólica.

O tratamento da intussuscepção de intestino grosso é frequentemente realizado através de laparotomia, uma vez que a causa em adultos usualmente é uma afecção maligna. No caso relatado, procedeu-se a laparotomia exploradora, hemicolectomia direita e biópsia de gânglio mesentérico, cujo AP de peça operatória foi linfoma não Hodgkin de grau intermediário de malignidade. Geralmente os linfomas apresentam-se em estadios avançados<sup>5-10,15,16</sup> e a sobrevida média é de 12 meses, em diversas séries relatadas. Esse doente apresentou sobrevida de apenas dois meses.

O tratamento dos linfomas deve ser cirúrgico e adjuvante e está indicado nos estádios I e II, deixando a quimioterapia isolada para as formas sistêmicas<sup>12,15</sup>

---

ALVES FILHO EF, ALBUQUERQUE IC, ROSA AM, GOMES CAS, PAULA NUNES BLBB, FORMIGA GJS. Ileocecal intussusception by lymphoma. Report of a case.

**SUMMARY:** The authors relate a case of ileocecal intussusception caused by lymphoma, which major symptoms were abdominal pain, nausea and vomits, change in bowel habit, weight loss of 10 Kg in three years. The diagnosis was made by colonoscopy, barium enema and CT of abdome. The patient was treated by right hemicolectomy. Comments about symptomatology, diagnosis and treatment are realized.

**KEYWORDS:** Lymphoma; Intussusception; Ileo; Colon.

---

#### REFERÊNCIAS

1. Albuquerque IC, Alves Filho EF, Paula Nunes BLBB, Nossa FLC, Barreto Neto PF, Formiga GJS, Silva JH. Intussuscepção colônica por lipoma. Relato de dois casos. *Rev bras Colo-Proct* 1998; 18(4):256-259.
2. Auger MJ, Allan NC. Primary ileocecal lymphoma. A study of 22 patients. *Cancer* 1990; 65:358-361.
3. Gus PG, Mussnich JFX, Rosito MA, Brodbeck EW, Mussnich HG, Dias RP. Linfoma colônico - Relato de caso. *Rev bras Colo-Proct* 1996; 16(2):93-95.
4. Hande KR, Fischer RI, De Vita VT, Chabner BA, Young RC. Diffuse histiocytic lymphoma involving the gastrointestinal tract. *Cancer* 1978; 41:1984-1989.
5. Herrmann R, Panahon AM, Barcos MP, Walsh D, Stutzman L. Gastrointestinal involvement in non-Hodgkin's lymphoma. *Cancer* 1980; 46:215-222.
6. Ike BW, Rosenbusch G. Gastrointestinal malignant lymphoma: roentgenographic features and pathologic and morphologic correlations. *Diagnostic Imaging* 1981; 50:66-80.
7. Jaser N. Primary ileocecal and colorectal non-Hodgkin's lymphoma in Finland 1972-1977. A clinical presentation and review of literature. *Ann Chir Gynaecol* 1991; 80:329-335.
8. Kayabali I, Gokcora IH, Bacaci K, Cavusoglu T, Kutlu K. Primary colonic non-Hodgkin lymphomas: A retrospective clinicopathologic study of 14 cases. *Int Surg* 1992; 77:195-197.
9. Lewin KJ, Ranchod M, Dorfman RF. Lymphomas of the gastrointestinal tract. A study of 117 cases presenting with gastrointestinal disease. *Cancer* 1978; 42:693-707.
10. Maaravi Y, Wengrower D, Leibowitz G. A unique presentation of lymphoma of the colon. *J Clin Gastroenterol* 1993; 17(1):49-51.
11. Muraro CAS, Azoubel Filho C, Salvia PND, Mattos Júnior WN, Teixeira MAA, Silva UJLC. Linfoma "T" de ileo terminal levando a abdome agudo obstrutivo por intussuscepção ileocecal. *Rev bras Colo-Proct* 1993; 13(1):21-23.
12. Oliveira LCC, Bejarano R, Barbosa M, Szpacenkopf D. Linfomas colorretais. *Rev bras Colo-Proct* 1994; 14(4):240-243.
13. Renard TH, Morton RL, Mathews R, Poulos E. Primary lymphoma of the rectum. *Am Surg* 1992; 58(10):634-637.
14. Youngson GG, Scotland AD. Small bowel lymphoma presenting as chronic adult intussusception. *Scott Med J* 1981; 26:260-261.
15. Zigelboim J, Larson MV. Primary colonic lymphoma. *J Clin Gastroenterol* 1994; 18(4):291-297.
16. Zornoza J, Dodd GD. Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Seminars in Roentgenology* 1980; 15(4):272-285.

**Endereço para correspondência:**  
Serviço de Colo-Proctologia - Hospital Heliópolis  
Rua Cônego Xavier, 276 - Vila Heliópolis  
04231-030 São Paulo-SP  
Tel.: (011) 274.7600 Ramal 244.