

Abdômen agudo perfurativo por acometimento linfomatoso do intestino

ALEXANDRE CRUZ HENRIQUES¹, RAFAEL A. POSSIK²,
RENATO S.L. CAPELLANO², ALFREDO ABRÃO³

Unitermos: Linfoma. Tumores gastrintestinais. Abdômen agudo

Key words: Lymphoma. Gastrointestinal neoplasms. Abdomen, acute

RESUMO — Os autores relatam um caso de paciente portador de lesão em orofaringe, cuja biópsia mostrou tratar-se de linfoma linfocítico pouco diferenciado. Enquanto fazia exames para estabelecer o estadiamento, apresentou quadro de abdômen agudo perfurativo e, à laparotomia, que se realizou a seguir, evidenciou-se tumor jejunal perfurado, cujo exame anatomopatológico se revelou idêntico ao da lesão em orofaringe. A seguir, os autores revêem, na literatura, o acometimento linfomatoso do trato gastrintestinal, primário ou associado a lesões linfomatosas em outros sistemas, tipos histológicos mais frequentes, a sintomatologia, os sítios mais comuns e enfatizam o acometimento simultâneo do trato gastrintestinal e do anel de Waldeyer.

INTRODUÇÃO

O trato gastrintestinal (TGI) é o local mais freqüente de envolvimento extranodal dos linfomas. São geralmente oligossintomáticos e de diagnóstico difícil, em virtude da inespecificidade do quadro clínico. Às vezes este envolvimento manifesta-se como um quadro abdominal agudo que requer cirurgia de urgência, quando então é feito o diagnóstico.

Relataremos um destes casos com uma breve revisão bibliográfica sobre o acometimento linfomatoso do trato gastrintestinal.

RELATO DO CASO

Um paciente do sexo masculino, C.S.S., de 25 anos, procedente de São Paulo, foi admitido com queixa de "garganta inflamada" e dificuldade progressiva para engolir há 2 meses; atualmente só consegue deglutir ali-

mentos líquido-pastosos. Refere emagrecimento de 15kg. Negava outros sintomas.

Ao exame, de positivo, notava-se um paciente emagrecido, descorado, que apresentava, à oroscopia, extensa lesão ulcerodestrutiva em loja amigdalina direita que infiltrava o pilar amigdalino anterior direito, hemipálato mole direito até à úvula e que posteriormente se perdia em direção à hipofaringe (fig. 1); foram palpados nódulos cervicais bilaterais, clinicamente metastásicos, variando entre 1cm e 3cm de tamanho. Foi realizada biópsia da lesão, que revelou tratar-se de um linfoma não-Hodgkin.

O paciente estava realizando exames para avaliação da extensão da doença (RX tórax, linfografia, etc.) e aguardava resultado de nova biópsia para determinação de subtipo histológico, quando apresentou dor abdominal súbita e intensa, que havia começado há 6 horas, inicialmente em mesogástrio, mas que, rapidamente, se espalhou para todo o abdômen. Apresentou vômitos alimentares uma vez e parada de eliminação de gases e fezes.

Ao exame clínico, o paciente apresentava-se com facies de dor, levemente desidratado, febril (38°C) e taquicárdico. Abdômen plano, com intensa rigidez muscular (em tábua), intensamente doloroso à palpação difusamente, com descompressão brusca dolorosa difusamente; ruídos hidroaéreos ausentes.

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital A.C. Camargo — Fundação Antônio Prudente, São Paulo, SP. Recebido em 9.9.85. Aprovado para publicação em 9.10.85.

1. Ex-Residente de Cirurgia.

2. Titular do Departamento.

3. Diretor do Departamento.

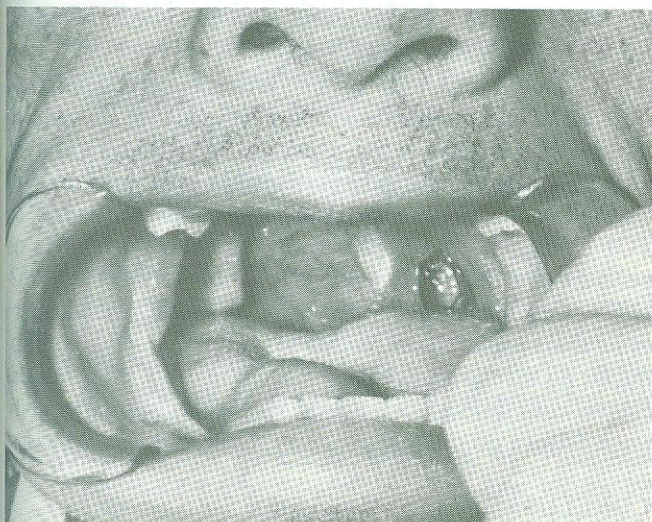


Fig. 1 — Lesão ulcerodestrutiva em loja amigdalina direita com infiltração do pilar anterior direito, hemipálato mole direito até a úvula.



Fig. 2 — Ressecções jejuna — peças fechadas; à esquerda está o segmento perfurado.

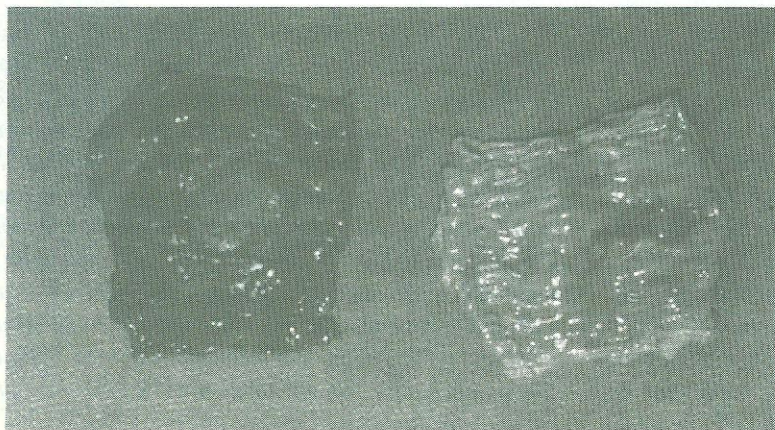


Fig. 3
Ressecções
jejuna — peças
abertas; à
esquerda está o
segmento perfurado.

Os exames complementares nada acrescentaram e, com diagnóstico de abdômen agudo com peritonite, o paciente foi submetido à laparotomia exploradora. No inventário da cavidade foram achadas duas tumorações em alça jejunal, de aproximadamente 4 e 6cm no seu maior diâmetro, a 40cm e 70cm do ângulo de Treitz; a primeira estava perfurada e a segunda sem sinais de perfuração, porém já comprometendo parcialmente a luz intestinal (figs. 2 e 3). Foram realizadas duas enterectomias nos locais das tumorações, seguidas, cada uma, de enteroanastomose em dois planos.

O paciente evoluiu bem no pós-operatório e o exame histopatológico das peças cirúrgicas mostrou tratar-se de infiltração de alça jejunal por linfoma linfocítico pouco diferenciado. Completado o período pós-operatório, o paciente foi encaminhado para tratamento quimioterápico.

DISCUSSÃO

Os linfomas podem envolver o TGI, quer como tumor primário, quer em associação a outras lesões linfomatosas em qualquer lugar do corpo⁽¹¹⁾.

Um linfoma é tido como primitivo gastrointestinal quando obedece aos critérios estabelecidos por Dawson e cols.⁽⁶⁾, que incluem os casos em que não se observam linfonodos superficiais palpáveis, a radiografia do tórax não revele massas mediastinais, o hemograma deve estar dentro da normalidade, à laparotomia predomine o comprometimento gastrointestinal e que os linfonodos afetados sejam só os adjacentes ao tumor. O baço e o fígado não devem estar comprometidos.

Saksena e cols.⁽¹¹⁾ relatam incidência de 11,22% de linfomas primários do TGI, numa série de 426 casos de linfomas, que representam 1 a 4% de todos os tumores malignos do intestino⁽⁹⁾.

Quanto ao acometimento gastrointestinal em associação à doença linfomatosa em outro local, é muito difícil

ter-se um número correto desta associação. Gray e cols.⁽⁸⁾ afirmam que o acometimento oculto ou não detectado do TGI é muito maior do que geralmente crêem os clínicos. Séries de autópsias identificaram envolvimento do TGI em 50% dos pacientes que morreram da doença. Estes dados contrastam com 20% de diagnósticos de acometimento do TGI em pacientes com linfoma histiocítico difuso, o tipo histológico que mais freqüentemente apresenta envolvimento deste local^(3,8).

O acometimento do TGI se faz freqüentemente (79%) por linfomas do grupo não-Hodgkin, contra aproximadamente 21% do grupo Hodgkin^(3,8,11). Na doença de Hodgkin o subtipo histológico que mais freqüentemente apresenta acometimento do TGI é a celularidade mista⁽¹¹⁾. No linfoma não-Hodgkin, os autores divergem quanto ao subtipo histológico que mais freqüentemente apresenta envolvimento do TGI, sendo citado^(4,8) predomínio para o subtipo celular histiocítico difuso ou para o subtipo linfocítico pobremente diferenciado⁽¹¹⁾, ou ainda uma igualdade entre ambos⁽¹²⁾.

A sintomatologia é variável, geralmente vaga e característica⁽¹⁾. Os linfomas gástricos podem apresentar-se com sintomatologia digestiva alta⁽¹²⁾, tal como epigastralgia, náuseas, vômitos, ou mesmo simulando doença péptica^(1,5,9). Quando o intestino delgado ou grosso estão acometidos, obstrução intestinal geralmente é o primeiro sintoma^(3,8,11). Outros sintomas, como anorexia, perda de peso, massa abdominal, síndrome de má absorção, etc., podem acompanhar o quadro^(8,9,11,12). A perfuração intestinal não é um fenômeno habitual; Contreary e cols.⁽⁵⁾, num estudo de 112 pacientes com linfomas do TGI, relatam que apenas 4 se apresentaram com perfuração intestinal. O que pode ocorrer mais comumente é a perfuração como consequência do tratamento rádio e quimioterápico, pela rápida dissolução do tumor^(1,7).

Os sítios mais comumente atingidos por linfomas do TGI são o estômago, o intestino delgado e o cólon^(1,3,12). A ordem de freqüência varia com séries de diferentes autores; Gray e cols.⁽⁸⁾, numa série de 48 pacientes com envolvimento do TGI por linfoma histiocítico difuso, encontraram envolvimento do estômago em 56,2%, do intestino delgado em 25,4%, do intestino grosso em 10,4% e do pâncreas em 8%. Bonadonna e Santoro, Ervin e Weichselbaum e Grischkam e cols. encontraram distribuição semelhante^(3,7,9). Saksena e cols.⁽¹¹⁾ encontraram distribuição um pouco diferente, tendo constatado que o íleo estava acometido em 35,4%, o cólon em 20,8%, o estômago e ceco igualmente em 8,3%, e o restante no jejuno, apêndice e duodeno. Em nosso meio, Abrão e cols.⁽¹⁾, numa série de 108 casos de linfomas primitivos do TGI, encontraram predominância de acometimento no intestino delgado

(50,9%), seguido do acometimento do intestino grosso (28,7%) e do estômago (17,5%).

Digno de ser citado é o encontro do envolvimento do TGI concomitantemente com o envolvimento do anel de Waldeyer, por linfoma não-Hodgkin^(2,3,7,8). Banfi e cols.⁽²⁾, numa série de 292 portadores de linfomas do anel de Waldeyer, encontrou incidência global de envolvimento do TGI de 10,9%, que representou incidência de 3,6% no período de 1950-1961, e de 17,6% no período de 1962-1971. O número muito maior no segundo período deve estar mais próximo da realidade, porque se deve à introdução do estudo radiológico sistemático do TGI, em pacientes com linfoma do anel de Waldeyer, o que possibilitou a feitura do diagnóstico num número maior de casos.

CONCLUSÃO

A associação do acometimento linfomatoso do TGI com a mesma doença no anel de Waldeyer, conforme citam diversos autores, é bem ilustrada neste caso. O subtipo histológico do linfoma deste caso (linfoma linfocítico pouco diferenciado) está, de acordo com a literatura, sendo um dos tipos que mais freqüentemente acometem o TGI. No entanto, o sítio de acometimento no TGI (jejuno), assim como sua primeira manifestação clínica (abdômen agudo perfurativo), foge à regra, sendo mais encontrado o acometimento do estômago e do íleo, assim como sintomas de obstrução intestinal.

Diante de um caso com linfoma, especialmente não-Hodgkin e com lesão primária situada no anel de Waldeyer, o médico assistente deve ter em mente a possibilidade de acometimento do TGI, não só para um correto estadiamento, como também para prevenir-se contra eventuais complicações neste setor, quer antes do início do tratamento (como manifestação inicial) ou durante o mesmo (como resultado da rápida dissolução do tumor).

SUMMARY

The authors report a case of a patient with a poorly differentiated lymphocytic lymphoma of the oropharynx. During the procedures for staging, an acute perforative abdomen developed, and the patient was submitted to a explorative laparotomy, which showed a jejunal perforated tumor. The examination of the specimen revealed the same histological type of the oropharynx lesion. Afterwards, the authors reviewed in the literature the gastrointestinal lymphomatous involvement, primary or associated with other lesions in other systems; the most common histological types; clinical symptoms; the most frequent sites. They emphasize the simultaneous occurrence in the gastrointestinal tract and the Waldeyer's ring.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRÃO, A; KOWALSKI, LP; WOHNATH, DR; POSSIK, RA; PIRES, DR; CAPELLANO, RSL; ASAI, M; ALVES, AC Linfomas gástricos primitivos: análise de 19 casos. Rev. Bras. Cir. 74: 305-308, 1984.

2. BANFI, A; BONADONNA, G; RICA, SB; MILANI, F; MOLINARI, R; MONFARDINI, S; ZUCALI, R Malignant lymphomas of Waldeyer's ring: natural history and survival after radiotherapy. Br. Med. J. 3: 140-143, 1972.

3. BONADONNA, G & SANTORO, A Current diagnosis and treatment of malignant lymphomas. New York, Divisão Internacional da Bristol Meyers Corporation, 1983. (monografia).

4. COME, SE & CHABNER, BA Staging in non-Hodgkin's lymphomas: approach, results and relationship to histopathology. Clin. Haematol. 8: 645-656, 1979.

5. CONTREARY, K; NANCE, FC; BRECKER, WF Primary lymphoma of the gastrointestinal tract. Ann. Surg. 191: 593-598, 1980.

6. DAWSON, IMP; CORNES, JS; MORSON, BC Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. Br. J. Surg. 49: 80-89, 1961.

7. ERVIN, TJ & WEICHSELBAUM, RR Radiation therapy for non-Hodgkin's lymphoma. Clin. Haematol. 8: 656-666, 1979.

8. GRAY, GM; ROSEMBERG, SA; COOPER, AD; GREGORY, PB; STEIN, DJ; HERZEMBERG, H Lymphomas involving the gastrointestinal tract. Gastroenterology, 82: 143-152, 1982.

9. GRISCHKAM, D; BROWN, L; MAZANKY, H; ARCHER, B; PRICE, F; AL-RIFAL, T Localized duodenal lymphoma masquerading as a duodenal ulcer. Can. J. Surg. 25: 213-215, 1982.

10. HERMANSEN, C & NIELSEN, HK Primary malignant lymphoma of the duodenum. Acta Chir. Scand. 147: 303-304, 1981.

11. SAKSENA, A; SHANKAR, R; RAJVANSI, VS Gastrointestinal lymphomas: retrospective analysis. Indian J. Cancer, 18: 123-127, 1981.

12. WINTROBE, MM Clinical haematology. 8 ed.

O que acontece quando você disca (011) 270-1233, de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas. Na hora que você liga, uma voluntária da Rede Feminina de Combate ao Câncer atende e pede o número da informação que você escolheu (de 1 a 60, lembre-se). A resposta à sua consulta é uma gravação que dura até 2 1/2 minutos e que, no final, desliga o seu telefone, automaticamente.

- | | | |
|---|--|--|
| 01 - O que é câncer? | 21 - Os efeitos do fumo em não-fumantes e os direitos que estes têm. | 42 - O que é "Teste Papanicolaou", que toda mulher deve fazer uma vez por ano? |
| 02 - Palavras do capelão de um hospital. | 22 - O fumo e os problemas dentários. | 43 - Câncer da vagina e doenças venéreas. |
| 03 - Câncer no adulto. | 23 - O perigo do fumo na gravidez. | 44 - Câncer da mama no homem. |
| 04 - Câncer no cérebro. | 24 - Diálogo sobre fumar e ter saúde. | 45 - Câncer da próstata. |
| 05 - Câncer da boca. | 25 - Câncer e álcool. | 46 - Câncer do pênis e doenças venéreas. |
| 06 - Câncer da garganta. | 26 - Tumores dos olhos. | 47 - Quimioterapia. |
| 07 - Câncer da tireóide. | 27 - Leucemia na criança. | 48 - Métodos não aprovados para o tratamento do câncer. |
| 08 - Câncer da tireóide após tratamento radioativo de cabeça e pescoço. | 28 - Linfomas da criança. | 49 - Perguntas que o povo faz sobre o câncer - I. |
| 09 - Câncer da laringe. | 29 - Tumor do rim da criança. | 50 - Perguntas que o povo faz sobre o câncer - II. |
| 10 - Reabilitação da fala após o câncer da laringe. | 30 - Neuroblastoma da criança. | 51 - Câncer do baço. |
| 11 - Câncer do esôfago. | 31 - Aumento do baço na criança. | 52 - Mieloma. |
| 12 - Câncer do estômago. | 32 - Doença de Hodgkin. | 53 - Leucemia do adulto. |
| 13 - Câncer do fígado. | 33 - Câncer dos ossos e na coluna vertebral. | 54 - Novos tratamentos. |
| 14 - Câncer do pâncreas. | 34 - Câncer da pele. | 55 - Imunologia. |
| 15 - Câncer do rim. | 35 - Melanoma maligno (verrugas, pintas, etc.). | 56 - AIDS. |
| 16 - Câncer da bexiga. | 36 - Linfomas e melanomas múltiplos. | 57 - Câncer do sistema nervoso. |
| 17 - Descoberta precoce do câncer no intestino. | 37 - Câncer da mama. | 58 - Infecção na criança com câncer. |
| 18 - Câncer no intestino e no ânus. | 38 - Câncer do seio - Aprenda a examinar os seios. | 59 - Raios laser e câncer. |
| 19 - Que é câncer do pulmão? | 39 - Mamografia. | 60 - Tomografia computadorizada. |
| 20 - Sintomas e tratamento do câncer no pulmão. | 40 - Câncer do ovário. | |
| | 41 - Câncer do útero. | |