

PERFURAÇÃO COMO COMPLICAÇÃO DE LINFOMA INTESTINAL: RELATO DE CASO

PERFORATION AS COMPLICATION OF INTESTINAL LYMPHOMA

Caroline Lima de Oliveira* Patricia Carvalho Machado Aguiar**, Hugo Sanmarony Cardoso,* João José Correa Bergamasco***, Rubem Alves da Silva Neto****, Felicidad Santos Gimenez*****

Resumo

Paciente, 40 anos, masculino, apresentou dor abdominal difusa tipo cólica que, em um mês, evoluiu para localização em fossa ilíaca esquerda, migrando para fossa ilíaca direita, tendo melhora espontânea. Em 2 meses, abriu quadro com tumoração em fossa ilíaca direita evoluindo com aumento progressivo, febre, hematúria, êmese, hiporexia, fezes líquido-pastosas e perda ponderal importante. Ao exame físico, abdome maciço à percussão em fossas ilíacas e hipogástrico, além de massa palpável em todo o abdome inferior, endurecida, pouco móvel, dolorosa à mobilização e medindo aproximadamente 25 cm. A tomografia computadorizada (TC) de abdome total evidenciou volumosa lesão expansiva sólida e heterogênea sugestiva de processo neoplásico primário possivelmente de alça intestinal delgada com linfonomegalias de permeio à raiz do mesentério. Evoluiu com perfuração de alça intestinal, levando a pneumoperitônio e necessidade de laparotomia exploradora de urgência com ressecção do tumor localizado no íleo terminal, ileostomia e cistorrafia. A lesão foi identificada como linfoma não Hodgkin de células T. O paciente apresentou boa recuperação pós-operatória, sendo encaminhado para seguimento ambulatorial em regular estado geral, diurese preservada em sonda vesical de demora e com ileostomia funcionante.

Palavras-chave: Tumor de intestino delgado, Linfoma, Perfuração intestinal.

Abstract

Patient, 40 years old, male, showed diffuse abdominal pain cramping that in a month, evolved into location in the left iliac fossa, moving to the right iliac fossa, with spontaneous improvement. In two months, he opened frame with tumor developed progressive enlargement in the right iliac fossa, fever, hematuria, vomiting, appetite loss, liquid-pasty stools and significant weight loss. Physical examination revealed massive abdomen percussion in iliac and hypogastric tanks, with a palpable mass around the lower abdomen, hardened, little mobile, painful to mobilization and measuring approximately 25cm. Computed tomography (CT) of the abdomen showed voluminous full suggestive solid and heterogeneous mass lesion of primary neoplastic process possibly thin intestinal loop. Lymphadenopathy in between the root of the mesentery. The patient developed intestinal loop perforation, leading to pneumoperitoneum, requiring laparotomy of urgency with resection of the tumor located in the terminal ileum, ileostomy and cystorrhaphy. The lesion was identified as non-Hodgkin T-cell. The patient had an uneventful postoperative recovery was referred to outpatient follow-up in good general condition, diuresis preserved in indwelling urinary catheter and ileostomy functioning.

Keywords: Small bowel tumor, Lymphoma, Intestinal perforation.

*Residente de Cirurgia Geral - HUGV

**Acadêmica de Medicina - UFAM

***Residente de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HUGV

Introdução

Os tumores do intestino delgado representam de 1% a 6% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal. Sintomas inespecíficos colaboram para um diagnóstico difícil e, quando malignos, seu prognóstico é ruim.¹

Dentre os tumores benignos, os de origem epitelial são a maioria, apresentando-se principalmente em íleo. Quando malignos, o prognóstico é ruim. Das neoplasias malignas em geral, 40 a 50% são adenocarcinomas e o linfoma representa 14%, com taxa de sobrevida para 5 anos de 30 a 50%.²

Os linfomas não Hodgkin são mais frequentes em idosos e acometem mais os homens, sendo a imunodeficiência primária ou secundária uma predisposição bem estudada. A incidência dos linfomas não Hodgkin e seus padrões de expressão apresentam variações no mundo. Os linfomas de células T são mais comuns na Ásia do que no Ocidente, enquanto o linfoma folicular, um subtipo de linfomas de células B, é mais comum nos países ocidentais.³

A maioria dos linfomas intestinais é de células B (mais que 95%) e estão uniformemente divididos em tumores de baixo grau e de alto grau. A pequena fração de linfomas de células T que ocorre no intestino geralmente é formada por lesões de alto grau e geralmente associada à doença celíaca. Distinguir um linfoma primário do intestino delgado de um linfoma que se apresenta como parte de uma doença generalizada é delicado. Ausência de linfadenopatia mediastinal, o envolvimento hepato-esplênico, o mielograma sem alterações, e o aspirado de medula óssea normal auxiliam no diagnóstico de doença primária. Podem apresentar-se como infiltração difusa, massa exofítica, massa polipóide ou múltiplos nódulos.⁴

Relato de Caso

Apresenta-se o caso de um homem, de 40 anos, técnico de informática, previamente hígido. Em maio de 2014 apresentou dores do tipo cólica em abdome, de caráter difuso e intermitente, que surgia na maioria das vezes à noite, sem fator precipitante. Após um mês, a dor localizava-se em fossa ilíaca esquerda, onde permaneceu por 15 dias, com as mesmas características descritas anteriormente. A dor migrou para fossa ilíaca direita, permanecendo por alguns dias e cessou espontaneamente. Em agosto de 2014, o paciente notou abaulamento em fossa ilíaca direita além de hematúria. Apresentou aumento progressivo da massa, febre aferida intermitente com variação de 38° C - 38,5° C, perda ponderal de 20 kg em 60 dias, episódios esporádicos de vômitos, inapetência por 2 semanas e alteração da consistência das fezes, alternando líquida e pastosa não aumentando a frequência de evacuações diárias. Ao exame físico apresentava-se levemente hipocorado, abdome maciço à percussão em fossas ilíacas e hipogástrio, com massa palpável em todo o abdome inferior, endurecida, pouco móvel, dolorosa à mobilização e medindo aproximadamente 25 cm em seu maior diâmetro. Os exames laboratoriais evidenciaram anemia, plaquetose, eosinofilia e hipoalbuminemia. A TC de abdome total evidenciou volumosa lesão expansiva sólida e heterogênea, com componente gasoso em seu interior e com material liquefeito necrótico ou resíduos fecais na sua porção central, ocupando a cavidade peritoneal a nível de mesohipogastrio, estendendo-se inferiormente à pelve, medindo 13,4x16,2x12,8 cm, sugestivo de processo neoplásico primário possivelmente de alça intestinal delgada. Também foram visualizadas linfonodomegalias de permeio à raiz do mesentério, a maior medindo 5,84 x 4,5 cm. O paciente foi internado para iniciar nutrição parenteral (NPT) com programação de laparotomia exploradora e enterectomia, porém evoluiu no 1º dia de internação com perfuração da alça intestinal pelo tumor e pneumoperitônio, necessitando de laparotomia

exploradora de urgência. Foi realizada ressecção do tumor localizado em íleo terminal, acarretando em enterectomia. Devido ao quadro de desnutrição do paciente, não foi realizada anastomose e prosseguiu-se com ileostomia. Durante a ressecção do tumor, foi observado que havia invasão em parede posterior da bexiga, tornando delicada a dissecação. Ocorreu uma incisão vesical, necessitando de cistorrafia. O exame histopatológico evidenciou Linfoma não Hodgkin de células T. A recuperação pósoperatória transcorreu sem intercorrências. O paciente recebeu alta em regular estado geral, diurese preservada em sonda vesical de demora e com ileostomia funcionante. Seguindo para acompanhamento ambulatorial e encaminhado para o hospital de referência para tratamento de câncer (FCECON). **Discussão do Caso**

O trato gastrointestinal é a localização extranodal mais acometida por linfoma por 5% - 20% de todos os casos. No entanto, o linfoma gastrointestinal primário é muito raro, constituindo apenas cerca de 1% a 4% de todas as neoplasias gastrointestinais. Apesar de o linfoma poder envolver qualquer parte do trato gastrointestinal, os sítios mais frequentes entre adultos são o estômago seguido pelo intestino delgado e região ileocecal.⁵

Está frequentemente associado à imunossupressão por HIV e enteropatias. A apresentação clínica usual dos linfomas gastrointestinais incluem dor abdominal, fadiga, diarreia, perda ponderal e ocasionalmente, febre. A ocorrência de linfomas primários em intestino delgado é rara e representam menos de 2% de todas as neoplasias intestinais e 1020% das neoplasias do intestino delgado. O íleo é o local mais comum, representando 50% dos linfomas do intestino delgado.⁶

Somente 10% dos pacientes com tumores do intestino delgado apresentam sintomatologia. Tais sintomas estão relacionados com a localização do tumor e seu padrão de crescimento, não havendo uma clínica

específica. A média de idade dos pacientes com tumores do intestino delgado encontrase na sétima década de vida, sendo que os portadores de doença maligna são mais jovens. A manifestação clínica pode ser de massa abdominal, obstrução intestinal, sangramento e perfuração. A perfuração, em geral, localizada, é vista em cerca de 10% dos pacientes, sendo mais comum em linfomas ou sarcomas.⁷

Os linfomas não Hodgkin representam a maior classe de neoplasias do sistema imunológico, com mais de 10 tipos distintos. Apesar de apresentar-se mais frequentemente acima dos 40 anos de idade, podem ocorrer em qualquer idade. Quando afeta pacientes mais jovens, é mais comum no sexo masculino e com subtipos histológicos mais agressivos.³

O mais comum tipo histológico incluem linfoma relacionado com IPSID (Doença imunoproliferativa do intestino delgado), EATL (Enteropatia associada a Linfoma de células T), linfoma difuso de grandes células B, linfoma de células do manto, linfoma de Burkitt e linfoma folicular.⁴

Dentre as dificuldades de diagnóstico para os linfomas gastrointestinais primários, há o fato de que, muitas vezes, apenas pequenas biópsias estão disponíveis para análise, além das dificuldades de diferenciação dos tipos de linfoma.⁵

Os linfomas não Hodgkin apresentam comprometimento ganglionar, mais frequentemente no anel de Waldeyer, nos linfonodos epitrocleares e nos mesentéricos. Sintomas sistêmicos também podem estar presentes: sudorese noturna, perda ponderal superior a 10%, já a febre ocorre em apenas 20% dos casos. Os sintomas referentes à doença extraganglionar são mais evidentes nos subtipos mais agressivos como os linfomas intestinais e podem apresentar também massas testiculares, compressão da medula, lesões ósseas solitárias, alteração do hábito intestinal por compressão extrínseca e muito raramente fistulização intestinal.³

Doenças inflamatórias intestinais, principalmente a doença de Crohn podem culminar com perfuração de segmentos do intestino delgado. Esta complicação é mais comum em pacientes com ileíte ou ileocolite, podendo ocorrer em torno de 23% dos casos. As causas infecciosas como a tuberculose intestinal e neoplasias também devem ser levadas em consideração. A perfuração ou obstrução intestinal tem sido descritas em pacientes com linfoma não Hodgkin, especialmente no íleo

PERFURAÇÃO COMO COMPLICAÇÃO DE LINFOMA INTESTINAL: RELATO DE CASO

terminal. No entanto, esta situação é incomum.⁵ A perfuração como apresentação inicial é rara. Exames de imagem e endoscópicos podem ser úteis para o diagnóstico, mas frequentemente não são conclusivos. Para os tumores primários, a ressecção cirúrgica é a opção de escolha, porém, para os metastáticos, a terapêutica operatória deve ser reservada para os casos complicados por obstrução, hemorragia ou perfuração.⁸

O paciente referido neste relato apresentou uma forma clínica típica de neoplasia do trato gastrointestinal. Perante a uma massa abdominal que à medida que crescia, evoluía com dor abdominal crônica, sintomas sistêmicos como febre, hiporexia, perda ponderal, além de quadro característico de compressão, com massa abdominal palpável que complicou com perfuração.

Atentando à evolução do quadro clínico, foi considerado neoplasia de intestino como hipótese diagnóstica. Entretanto, o linfoma intestinal é uma patologia que demanda um grau maior de suspeição durante a propedêutica diagnóstica, pois detectá-lo em estágios iniciais é de suma importância para evolução clínica e tratamento do paciente.

Referências

1. Coeli GNM, Silva AC, Tiengo RT, Silva GC, Silva LUMA, Silva OAC. Linfoma Difuso de

Grandes Células de Intestino Delgado: Relato de Caso. Revista Ciências em Saúde v2, n 2, abr 2012. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

2. Coco C, Rizzo G, Manno A, Mattana C, Verbo A. Surgical treatment of smallbowel neoplasms. Eur Rev Med PharmacolSci, (2010). 14(4), 327333.

3. D'Ippolito G, Silva CIS, Rocha AJ, Caldanaz RP. Linfoma abdominal.

Gastrointestinal: Série Col. Bras. Rad. Diag. por Imagem. São Paulo: Elsevier; 2011. p 675- 8. ISBN: 978-85-352-31434.

4. Kako S, Oshima K, Sato M, Terasako K, Okuda S, Nakasone H, Kanda Y. Clinical outcome in patients with small intestinal non-Hodgkin lymphoma. Leukemia & lymphoma (2009). 50(10), 1618-1624.

5. Longo DL. Neoplasia das Células Linfóides. In: .Hematologia e Oncologia de Harrison 2ª Ed. Porto Alegre: McGraw Hill Brasil, 2015, cap 15, p.146. ISBN 9788580554564.

6. Torricelli FCM, Lopes RI, Dias AR, Marchini GS, Bonafé WW, Lopes JM et al. Linfoma ileal primário como uma causa de intussuscepção ileocecal recorrente. Rev Bras. Colo-Proctol. 2008; 28(2) 246-250.

7. Veenstra M, van Unen JM, Strobbe LJ. Acute abdomen as the first presentation of a malignant lymphoma of the small intestine. Acta. Chir. Belg. 2014 Maio-Junho;114(3):209-11.

8. Rangel MF, Silva MVM da, Fernandes MJC, Ferreira MAS, Nóbrega LPS, Souza MG. Tumores Malignos do Intestino Delgado. Rev. Col. Bras. Cir. – Vol. 27 - nº 6, 2000, p.385-388.