

Linfoma Hodgkin clássico de apresentação incomum. Relato de caso

An unusual presentation of a classic Hodgkin lymphoma. Case report

Thales Henrique Costa e Gonçalves¹, Igor Tadeu Garcia Ferreira¹, Marcia de Carvalho Scolfaro¹

Recebido do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Campinas, SP, Brasil.

RESUMO

O linfoma é uma neoplasia originária do sistema linfático, a partir de células linfocitárias. A sintomatologia mais comum é febre, tosse, sudorese noturna, perda de peso, fraqueza e linfadenopatia indolor. A etiologia ainda permanece desconhecida, tendo sido relacionada ao vírus Epstein-Barr. O diagnóstico se baseia na visualização das células de Reed-Sternberg. O esquema adriamicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina (ABVD) ainda é o tratamento preconizado, associado ou não à radioterapia. Relatamos um caso de linfoma de Hodgkin de apresentação atípica, cujo diagnóstico só foi possível por esplenectomia.

Descritores: Doença de Hodgkin/quimioterapia; Vimblastina/administração & dosagem; Dacarbazina/administração & dosagem; Ciclofosfamida/administração & dosagem; Protocolos de quimioterapia combinada antineoplásica; Células de Reed-Sternberg; Humanos; Relatos de casos

ABSTRACT

The lymphoma is a cancer of the lymphatic system originating from lymphocyte cells. The most common symptoms are fever, cough, night sweats, weight loss, weakness, and painless lymphadenopathy. The etiology remains unknown, having been related to the Epstein Barr virus. The diagnosis is based on visualization of Reed Sternberg cells. The adriamycin, bleomycin, vinblastine and dacarbazine (ABVD) regimen is still the preferred treatment, with or without radiation therapy. We report a case of Hodgkin's lymphoma of atypical presentation, the diagnosis of which was only possible through splenectomy.

Keywords: Hodgkin disease/drug therapy; Vinblastine/administration & dosage; Dacarbazine/administration & dosage; Cyclophosphamide/administration & dosage; Antineoplastic combined chemotherapy protocols/administration & dosage; Reed-Sternberg cells; Humans; Case reports

INTRODUÇÃO

O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia que se origina no sistema linfático a partir de células linfocitárias, especialmente as da linhagem B. Ao microscópio óptico, podem ser evidenciadas as células de Reed-Sternberg, que, por sua vez, podem ser facilmente reconhecidas se presentes. Estas células assumem a forma de um grande linfócito multinucleado e com nucléolos evidentes.⁽¹⁾

As sintomatologias mais comuns da doença são os sintomas B: febre ou sudorese noturna, perda de peso importante e fraqueza. Além deles, é comum linfadenopatia indolor em região cervical, tórax, axilar, abdominal ou região inguinal e tosse.⁽²⁾

A causa de linfoma de Hodgkin permanece desconhecida. O vírus Epstein-Barr, porém, está associado com a sua gênese, principalmente nos linfomas de Hodgkin clássicos.⁽³⁾ Acredita-se também que fatores genéticos estejam envolvidos.⁽¹⁾

O linfoma de Hodgkin é uma doença rara, que corresponde a aproximadamente 1% de todas as doenças malignas. Está presente, principalmente, em homens, 15 e 39 anos.⁽⁴⁾

A incidência permaneceu estável nos últimos 50 anos, enquanto houve queda em mais de 60% na mortalidade, a partir dos novos tratamentos que surgiram na década de 1970. No Brasil, estimam-se 2.470 novos casos, sendo 1.460 homens e 1.010 mulheres, atingindo 536 mortes, sendo 291 homens.⁽⁵⁾

Para chegar no diagnóstico do linfoma de Hodgkin, devem-se obter cortes de tecidos linfonodais ou órgão extralinfático, como medula óssea, pulmão ou osso, e reconhecer as células de Reed-Sternberg ou de Hodgkin, ou ambas.⁽⁶⁾

O tratamento consiste na quimioterapia, sendo a combinação mais utilizada a adriamicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina (ABVD), padrão-ouro desde a década de 1990.⁽⁷⁾ O prognóstico com o tratamento instituído é bom, mesmo para os pacientes com doença avançada, chegando a uma sobrevida a longo prazo de 85% ou mais.⁽²⁾

RELATO DE CASO

J.S.V., 75 anos, branco, aposentado, nascido em Cascavel (CE) e residente em Campinas (SP) há 45 anos. Paciente procurou o serviço de pronto atendimento do Hospital Municipal Dr. Mario Gatti com queixa de febre diária aferida (38°C) há 3 meses, vespertina, que cedia ao uso de paracetamol, e associada a perda ponderal de 10kg. Negava sudorese, tosse ou qualquer outro sintoma.

Ao exame físico, apresentava febril, 38,2°C, hipocorado 2+/4+, sem adenomegalia e com abdome com esplenomegalia palpável a 4cm do rebordo costal.

1. Hospital Municipal Dr. Mario Gatti, Campinas, SP, Brasil.

Data de submissão: 21/10/2016 – Data de aceite: 25/10/2016

Conflito de interesse: não há.

Fonte de auxílio à pesquisa: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Igor Tadeu Garcia Ferreira

Avenida Prefeito Faria Lima, 340 – Parque Itália

CEP: 13036-902 – Campinas, SP, Brasil

Tel.: (35) 8829-1165 – E-mail: igortgferreira@hotmail.com

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Aos exames laboratoriais, apresentou pancitopenia. Foi admitido na enfermaria de clínica médica para elucidação diagnóstica.

Tratava-se de um caso de febre a esclarecer, associada à esplenomegalia e pancitopenia. As hipóteses diagnósticas foram divididas em causas neoplásicas, inclusive a possibilidade de leishmaniose.

Foi iniciado tratamento para neutropênia febril. A propedêutica investigatória, incluiu: tomografia computadorizada (TC) de tórax, que revelou linfonodos <1cm no mediastino e axilares direito entre 2 a 27mm; TC de abdome, que mostrou esplenomegalia homogênea, cistos renais simples, linfonodos interaortocavais de 5 a 19mm; endoscopia digestiva alta (EDA), que apresentou gastrite erosiva leve no antro; colonoscopia, com angiodisplasia em cólon ascendente, pólipos em sigmoide (adenoma tubular); biópsia de medula óssea, com resultado levemente hiperplásico de padrão reacional, com leve displasia megacariocítica e ausência de infiltração neoplásica; mielograma sem atipias e celularidade com aumento discreto; sorologias negativas para hepatite C, HIV e leishmaniose; parasitológico de fezes, e hemoculturas negativas; TSH normal.

Apesar da vasta investigação, não foi possível constatar qualquer diagnóstico. Ficou a esclarecer o padrão reacional da biópsia de medula óssea e mielograma.

Nessa fase da investigação, o paciente mantinha o quadro febril, pancitopenia e de perda ponderal por 4 meses, não cedendo nem mesmo às medidas para o tratamento de neutropenia febril. Então, optou-se pela realização de esplenectomia diagnóstica. O procedimento ocorreu sem intercorrências. A peça foi enviada para estudo anatomopatológico e imuno-histoquímica. Paciente evoluiu com a normalização dos níveis hematimétricos.

O estudo anatomopatológico e a imuno-histoquímica foram concluídos e indicaram linfoma Hodgkin clássico. Foi iniciada quimioterapia com ABVD, seguido de alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial com a oncologia.

DISCUSSÃO

O presente relato fala de um paciente de 75 anos, sexo masculino, branco, natural de Cascavel (CE) e residente de Campinas, que deu entrada no pronto-socorro com febre associada à perda ponderal de 10kg em 3 meses, acompanhado de esplenomegalia e pancitopenia. As hipóteses foram divididas das seguintes maneiras: causas neoplásicas (considerando principalmente as causas onco-hematológicas) e infecciosas, lembrando principalmente da leishmaniose, que é uma febre endêmica que cursa com esplenomegalia e pancitopenia, sendo um diagnóstico importante a ser afastado.⁽⁸⁾

Por meio de exames clínico-laboratoriais e radiológicos, foram descartadas as causas de neoplasia sólida e as causas infecciosas de esplenomegalia febril. Dada a situação clínica mantida

e por conta do diagnóstico não firmado pela biópsia de medula, optamos pela esplenectomia diagnóstica e terapêutica.

O diagnóstico de linfoma se baseia na visualização das células de Reed-Sternberg ou das células de Hodgkin e, embora, o acometimento do baço seja incomum, no presente caso, estas células foram visualizadas no anatomopatológico do baço. Trata-se, pois, de uma forma incomum de se diagnosticar linfoma Hodgkin.

Na propedêutica, também são importantes os exames de imagem para estadiamento do linfoma. São considerados linfadenopatias os linfonodos com tamanho acima de 1cm em seu menor diâmetro. Desta forma, o paciente se apresentava com linfadenopatia apenas em linfonodos interaortocavais, em estágio 2 da doença.⁽⁹⁾

O tratamento usual do linfoma Hodgkin é a quimioterapia com ABVD, e ainda não foi superado por outras associações medicamentosas.⁽¹⁰⁾ Com o diagnóstico confirmado e o estadiamento realizado, o paciente recebeu o primeiro ciclo de ABVD ainda internado, tendo alta hospitalar para término do tratamento ambulatorialmente.

REFERÊNCIAS

- Gobbi PG, Ferreri AJ, Ponzoni M, Levis A. Hodgkin Lymphoma. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2013;85(2):216-37.
- Marinho DF, Paiva SG, Santo GJ. Linfoma de Hodgkin. *Rev Cient ITPAC*. 2012;5(2).
- Townsend W, Linch D. Hodgkin's lymphoma in adults. *Lancet*. 2012;380(9844):836-47.
- Santos FM, Pracchia LF, Linardi CG, Buccheri V. Treatment of Hodgkin's lymphoma after failure of autologous stem cell transplant. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2008;30(4):266-71.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Linfoma de Hodgkin [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado 2016 out 20]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/linfoma_hodgkin
- Pracchia LF, Buccheri V, Menezes Y, Siqueira SA, Mori NS, Chamone DA. Prognostic significance of histopathological grading of nodular sclerosing Hodgkin's lymphoma. *J Bras Patol Med Lab*. 2015;41(5):365-75.
- Lopes GC, Moreira WB, Soares AN. Avaliação dos resultados do tratamento de pacientes portadores de linfoma de Hodgkin com esquema ABVD em primeira linha. *Rev Bras Oncol Clin*. 2012; (29):112-20.
- Barbosa IR. Leishmaniose visceral humana no município de Natal-RN: Análise clínica-epidemiológica e espacial. *Rev Ciênc Plural*. 2016;2(1):89-101.
- Junior AF, Rodrigues OR, Matheus RS, Kim JD, Jatene FB. Distribuição, tamanho e número dos linfonodos mediastinais: definições por meio de estudo anatômico. *J Bras Pneumol*. 2007; 33(2):134-40.
- Uhm J, Kuruvilla J. Treatment of newly diagnosed advanced stage Hodgkin lymphoma. *Blood Rev*. 2012;26(4):167-74.