

LINFOMA NÃO-HODGKIN SIMULANDO ABSCESSO ISQUIORRETAL - RELATO DE UM CASO

ÉDSON JOSÉ BARON, FSBCEP

RELATO DE CASO

BARON EJ - Linfoma não-Hodgkin simulando abscesso isquirretal - Relato de um caso. *Rev bras Colo-Proct.*, 1990; 10(4): 148-150.

RESUMO: O presente artigo descreve um caso de linfoma não-Hodgkin simulando um abscesso isquirretal. Trata-se de um caso raro, mesmo em grandes centros. A paciente, com 14 anos, apresentava um linfoma primário do trato gastrointestinal, do tipo imunoblástico, segundo a classificação de Kiel.

UNITERMOS: câncer retal; abscesso isquirretal; linfoma não-Hodgkin

Goligher (1), numa casuística de 1.500 casos de tumores malignos colorretais, tem relatado dois casos de linfossarcoma, ambos do reto. *Dragosics e cols.* (2), numa série de 150 casos de linfomas não-Hodgkin, relatam apenas um caso com comprometimento retal. *Vanden Heule e cols.* (3) descrevem oito pacientes com linfomas no reto, num período de 10 anos. *Ziegler e cols.*, numa revisão sobre linfomas em homossexuais masculinos, incluem 3 casos onde a doença apresentava-se como uma massa retal. *Lee e cols.* (4) descrevem dois casos de linfomas retais em homossexuais.

Apesar de raro, esse tumor pode ocorrer em qualquer porção do intestino grosso, sendo mais comum sua localização no reto. Ocorre em ambos os sexos, geralmente acima dos 50 anos (5-10).

Paciente R. B., feminina, solteira, 14 anos, natural de Carlos Barbosa (RS), a qual veio encaminhada com o diagnóstico de abscesso perianal. Referia, além de dor intensa, que exacerbava com as evacuações, massa endurecida e avermelhada na região perianal, o que lhe dava uma certa dificuldade de evacuar.

Estava sendo tratada pelo clínico a aproximadamente 60 dias, com analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos. Relatava, também, que há 30 dias havia sido submetida a uma drenagem cirúrgica sob anestesia local, sem melhora do quadro.

Ao exame clínico, apresentava-se com fácies hipocrático, adenomegalia inguinal bilateral, sendo os gânglios duros e aderentes aos planos profundos. Sua temperatura estava em 36,2°C (referia uso de analgésicos e antitérmicos).

Ao exame proctológico, durante a inspeção notou-se a presença de volumosa massa tumoral, de consistência endurecida, aparentando abscesso. O toque retal e a anuscopia foram impraticáveis devido à dor.

A paciente foi hospitalizada em 18/04/84 (Hospital N.S. de Fátima - prontuário n.º 3.540), a fim de, sob anestesia geral, realizar o exame proctológico e provável drenagem de abscesso com fistulotomia.

O leucograma na baixa apresentava 12.100 leucócitos com 4% de bastões, 65% de segmentados, 29% de linfócitos e 1% de monócitos. As plaquetas estavam em 224.000 p/mm³. Tanto o resultado do leucograma como a falta de febre correlataram-se com o uso continuado de antibióticos, mascarando o quadro.

Sob anestesia geral, durante o exame proctológico notou-se que a tumoração em nádega e região perianal persistia endurecida, havendo compressão extrínseca do reto (toque retal com o 5.º dedo), produzindo acentuado

desvio lateral do reto para a esquerda (Fig. 1). Notou-se discreta lesão vegetante no canal anal, onde realizou-se biópsia. Uma incisão lateral deixou drenar mínima quantidade de líquido sero-hemático, sendo o mesmo enviado ao laboratório.

O exame micológico da secreção coletada na drenagem foi negativo. O RX de ossos da bacia mostrou infiltração no tecido perirretal. O exame histopatológico (Laboratório de Patologia, sob n.º B-84-31977), fornecido pelo Dr. Eduardo Serafini, informou tratar-se de um linfoma, sugerindo o exame dos gânglios inguinais.

A exérese de gânglios inguinais, a fim de melhor caracterizar o tipo histológico, revelou tratar-se de um linfoma imunoblástico, segundo a classificação de Kiel (linfoma histiocítico, segundo Rappaport) (Figs. 2 e 3).

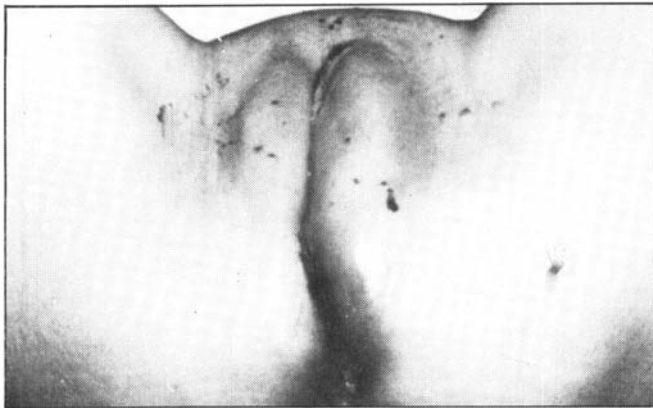


Fig. 1 - Tumoração em nádega e região perianal.

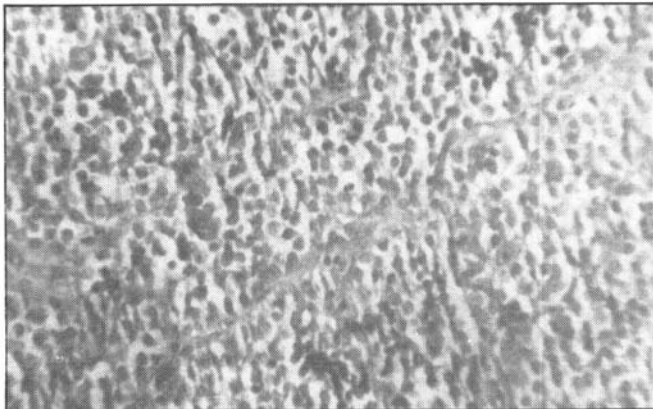


Fig. 2 - Observamos população homogênea de células grandes com núcleo volumoso (160 x HE).

O medulograma foi de uma medula óssea infiltrada por processo maligno (linfoma). O proteinograma mostrou uma hipoproteinemia, com diminuição de albumina e aumento da globulina alfa 2.

No 6.º dia de internação, apresentou obstrução intestinal por compressão anorretal e volvo de sigmóide, sendo submetida a laparotomia, com redução do volvo e feitura de colostomia. No pós-operatório imediato, apresentou discrasia sangüínea, com TAP de 24 seg. ou 25%, KPTT

de 52 seg., tempo de coagulação de 8 min e plaquetas em 70.000/mm³. Transferida ao CTI onde iniciou-se com quimioterapia (associação de vincristina com ciclofosfamida e prednisona), infusão de fatores de coagulação e reposição sangüínea.

A alta hospitalar ocorreu no 14.º PO, vindo a falecer 4 meses após, por complicações hematológicas da crase sangüínea.

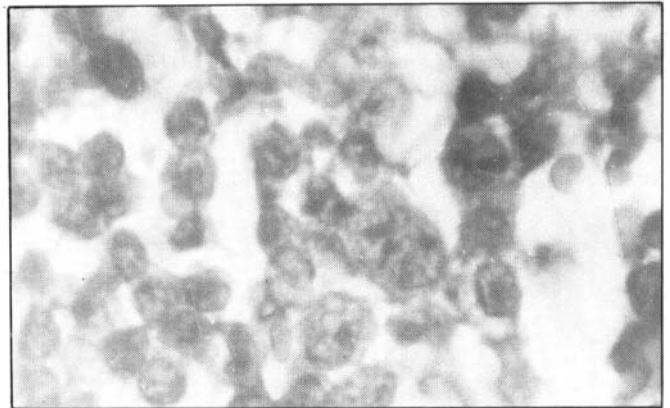


Fig. 3 - Detalhe em maior aumento, apresentando núcleos com vários nucléolos, alguns deles centrais (640 x HE).

DISCUSSÃO

Os linfomas não-Hodgkin formam um grupo de neoplasias das mais complexas dentro da oncologia.

O objetivo do presente relato não é uma análise sob o ponto de vista hematológico, e sim chamar a atenção para esta patologia, bem como sua localização que por vezes pode acarretar erro diagnóstico.

Apesar da literatura relatar que os linfomas não-Hodgkin aumentam sua incidência em pessoas imunodeprimidas e, em particular, nos homossexuais, o caso apresentado não se enquadra nessa observação.

Com o aumento no número de casos de SIDA, os linfomas não-Hodgkin tenderão a aumentar sua incidência.

A dificuldade na avaliação do tipo de tratamento reside na raridade dos linfomas retais, fazendo com que um centro não obtenha casos suficientes para avaliar terapêuticas, baseados em sua experiência.

BARON EJ - Non-Hodgkin lymphoma simulated a ischiorectal abscess - A case report.

SUMMARY: The author present one case of lymphoma non-Hodgkin simulated am ischium-rectal abscess. It has been a rare report even in great centers. The patient, female, fourteen years old, presented a primary lymphoma of gastrin-intestinal tract type immunoblastic according to the Kiel's classification.

KEY WORDS: rectal cancer; abscess ischium-rectal; non-Hodgkin lymphoma

REFERÊNCIAS

1. Goligher JC. Surgery of anus, rectum and colon. 3.^a ed., London: Baillière Tindall, 1975.
2. Dragosics B, Bauer P, Radaszkiewicz T. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphomas: a retrospective clinicopathologic study of 150 cases. *Cancer* 1985; 55: 1060-73.
3. Vanden Heule B, Taylor CR, Terry R, Lukes RJ. Presentation of malignant lymphoma in the rectum. *Cancer* 1982; 49: 2602-7.
4. Lee MH, Waxman M, Gillooley JF. Primary malignant lymphoma of the anorectum in homosexual men. *Dis Colon Rectum* 1986; 29(6): 413-16.
5. Devine RM, Beart RW Jr., Wolff BG. Malignant lymphoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 821-4.
6. Faria SL, Alvarenga M, Prando A, Télis CMT, Oliveira JA, Chiminazzo H. Linfomas não-Hodgkin em adultos. *Rev Ass Med Brasil* 1984; 30: 85-90.
7. Freeman C, Berg JW, Cutler SJ. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. *Cancer* 1972; 29: 252-60.
8. Lewin KJ, Ranchod M, Dorfman RF. Lymphoma of the gastrointestinal tract: a study of 117 cases presenting with gastrointestinal disease. *Cancer* 1978; 42: 693-707.
9. Ohri S, Keane P, Sachier J, Hutton K, Wood C. Primary rectal lymphoma and malignant lymphomatous polyposis. *Dis Colon Rectum* 1989; 32(12): 1071-4.
10. Silby TF, Keane RM, Lever J, Southwood WF. Rectal lymphoma in radiation injured bowel. *Br J Surg* 1985; 72: 879-80.

Endereço para correspondência:

Édson José Baron
Rua Tronca, 1.955
95010 - Caxias do Sul - RS