

## LINFOMA DE CECO

LUCIANO PINTO DE CARVALHO - FSBCP  
AFONSO CALIL MURY MALLMANN - TSBCP  
ALESSANDRO SPOLAVORI  
PAULO ENRIQUE ZECCA COPPINI  
RUY TAKASHI KOSHIMIZU

CARVALHO LP, MALLMANN ACM, SPOLAVORI A, COPPINI PEZ, KOSHIMIZU RT - Linfoma de ceco. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(3): 172-174

**RESUMO:** Os linfomas do cólon são tumores pouco frequentes, constituindo 0,5% das neoplasias colônicas. O local mais acometido é o ceco, seguido do reto. A faixa etária mais atingida é em torno dos 50 anos. O diagnóstico diferencial é difícil, sendo a clínica semelhante a de qualquer tumor do intestino grosso. Após diagnóstico, o estadiamento é importante para afastar comprometimento de outros órgãos. O tratamento de escolha para a doença localizada é cirúrgico e na doença avançada utiliza-se radioterapia e/ou quimioterapia. Os autores relatam um caso de linfoma de ceco diagnosticado após a ressecção cirúrgica, seguido de terapia adjuvante com quimioterapia.

**UNITERMOS:** Linfoma; Linfoma colorretal; Neoplasia colorretal.

### INTRODUÇÃO

O linfoma é uma neoplasia do sistema linfático. No cólon e reto, representam 10% dos linfomas do aparelho digestivo. Estes tumores gastrointestinais são responsáveis por 10 a 20% dos linfomas que estão fora dos linfonodos<sup>1,2</sup>. O local mais acometido é o ceco, seguido do reto<sup>2,3</sup>.

O diagnóstico pode ser realizado através da colonoscopia com biópsias e mesmo assim o diagnóstico diferencial com adenocarcinoma é difícil<sup>4</sup>.

O tratamento é cirúrgico, respeitando-se os critérios de ressecabilidade. Quando a lesão for irresssecável faz-se tratamento paliativo com radioterapia e/ou quimioterapia<sup>4,5,6,7</sup>.

Os autores relatam um caso de linfoma de ceco e fazem uma revisão da literatura.

Paciente do sexo masculino de 61 anos, procedente de Alegrete-RS internou com quadro de dor intermitente em cólica, com irradiação para a fossa ilíaca direita e piora após alimentação há 4 meses. Apresentava diarreia, melena e enterorragia de pequena quantidade, associado a anorexia e emagrecimento de 36 kg nos últimos 6 meses.

Constipado crônico, não apresentava doenças ou cirurgias prévias ou história familiar de neoplasia.

O exame físico demonstrou mucosas descoradas. No abdômen, palpava-se tumoração endurecida, móvel e do-

lorosa em flanco direito. Avaliação pré-operatória constou de hemograma, provas de função renal e hepática, RX de tórax, endoscopia digestiva alta e colonoscopia com biópsia. O hemograma demonstrou hematócrito de 33,2% e hemoglobina de 10,9g/dl. As provas de função hepática e renal foram normais. Raio X de tórax evidenciou um nódulo sub-segmentar posterior ao lobo superior esquerdo com impregnação calcária sugestiva de granuloma inflamatório. A endoscopia digestiva alta revelou duodenite e a colonoscopia demonstrou um tumor vegetante ocupando 50% da luz intestinal no cólon direito. A biópsia não foi conclusiva, identificando fundo de úlcera e ausência de tecido neoplásico.

O tratamento cirúrgico constou da laparotomia, onde, no inventário da cavidade, evidenciou-se volumoso tumor vegetante e pardacento em ceco com grandes linfonodos no mesocólon envolvido e junto à raiz do mesentério. Fígado, baço e demais estruturas intra-abdominais eram normais. Foi realizada ileocelectomia direita com ressecção do mesocólon correspondente.

Ao exame macroscópico da peça cirúrgica, observou-se tumor vegetante, sésil e ulcerado, medindo 12x7cm, invadindo o tecido adiposo retrocecal (Fig. I). Foram isolados cinco linfonodos do tecido adiposo justa tumoral, o maior com 7,0 cm de diâmetro, e sete do mesocólon. A microscopia evidenciou linfoma não Hodgkin de células da zona marginal extra-nodal (MAL T) em ceco e em linfonodos mesocólicos com envolvimento subseroso de tecido adiposo do mesentério (Fig. II), sem comprometer os limites cirúrgicos.

Após o diagnóstico histológico, foi realizado estadiamento, com tomografia computadorizada e biópsia de medula óssea que não apresentavam alterações.



FIG. 1 - Lesão úlcero-vegetante de ceco com invasão do tecido seroso retrocecal.

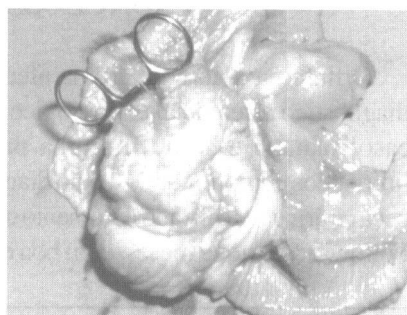


FIG. II - Tumor de ceco e linfonodos mesocólicos com envolvimento adiposo do mesentério.

O período pós-operatório imediato foi sem intercorrências, com alta hospitalar no sétimo dia. Então foi realizada quimioterapia com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona ( CHOP ) por 6 ciclos de 21/21 dias. Após nove meses, o paciente encontra-se em bom estado geral, recuperando parcialmente.

## DISCUSSÃO

Os linfomas primários representam 1 a 4% de todas as neoplasias do trato gastrointestinal<sup>8,9</sup> e 10 a 20% dos linfomas extra-nodais<sup>1,2</sup>. São a terceira neoplasia mais comum do intestino grosso, após adenocarcinoma e tumor carcinóide; correspondendo a 0,1% das neoplasias retais e 0,5% das colônicas<sup>8,9</sup>. O ceco, seguido do reto, é o local mais acometido<sup>2,3</sup>, presumivelmente por causa do grande número de tecido linfóide nestas áreas. A incidência, em muitas séries é maior em homens do que em mulheres, na proporção de 2:1<sup>4 10 11</sup>. Atinge pessoas de qualquer idade, dos 3 aos 81 anos, com uma média ao redor dos 50 anos<sup>4</sup>.

Os linfomas podem apresentar-se macroscopicamente com um aspecto ulcerado, polipóide ou difusamente infiltrativo, determinando espessamento do segmento colônico. Linfomas podem produzir inúmeros pólipos que simulam polipose adenomatosa<sup>4 12</sup>. Às vezes, os tumores

tornam-se confluentes e formam grandes massas conglomeradas<sup>13</sup>. Linfonodos regionais são envolvidos na metade dos casos no momento da laparotomia<sup>13</sup>. No nosso paciente encontramos linfonodos mesocólicos envolvidos junto à raiz do mesentério. Muitas vezes a microscopia demonstra uma mucosa espessada, atingindo 1 a 2 cm, com aspecto que faz lembrar circunvoluções cerebrais. A submucosa é marcadamente espessada como resultado de infiltração de aglomerados de células tumorais<sup>13</sup>. O exame microscópico usualmente distingue linfomas de outras malignidades<sup>14</sup>, entretanto infiltração linfóide não específica da mucosa e submucosa pode tornar difícil o diagnóstico diferencial. No caso apresentado havia envolvimento de toda a parede colônica e tecido adiposo do mesentério.

Os critérios determinados por Morson<sup>15</sup> para estabelecer o linfoma como primário do aparelho digestivo são: linfadenopatias periféricas não palpáveis, radiografia de tórax normal exceto o sitio da lesão, contagem de células brancas e diferencial normais, lesão acometendo predominantemente trato alimentar, com somente linfonodos regionais envolvidos e sem envolvimento de fígado e baço. O linfoma de ceco relatado em nosso trabalho preenche todos os critérios acima estabelecidos.

Os linfomas podem ser classificados de acordo com o grau de disseminação. Grau I são confinados à parede intestinal, grau II tem linfonodos regionais na área de envolvimento da lesão primária, grau III tem linfonodos para-aórticos envolvidos ou extensão direta a vísceras adjacentes. Iwasa e Watanuki<sup>2</sup> classificaram os tumores histologicamente em histiocítico, linfocítico, misto e doença de Hodgkin. O linfoma relatado foi classificado em linfocítico grau II, segundo a classificação de Iwasa.

Esses tumores podem estar associados a uma variedade de outras afecções, principalmente aquelas com alterações imunológicas como síndrome da imunodeficiência adquirida<sup>16</sup>, leucemia linfocítica, retocolite ulcerativa, doença de Crohn e doença celíaca<sup>5</sup>.

As características clínicas são indistinguíveis do adenocarcinoma. Os sintomas muitas vezes acontecem em somente uma fase mais avançada da doença. Em mais de 90% dos casos a dor abdominal está presente. Outros sintomas incluem alteração do hábito intestinal como diarreia, perda de peso, fraqueza e, às vezes, febre. Massa abdominal palpável pode acompanhar o quadro em 80% dos casos<sup>1</sup> ulcerações podem levar ao sangramento.

Obstrução pode ocorrer em 20% dos pacientes<sup>1</sup>. O nosso paciente apresentava dor abdominal, diarreia e emagrecimento.

O diagnóstico definitivo da lesão não pode ser feito pela aparência endoscópica. A biópsia pode confirmar, mas pode ser difícil a distinção com outras neoplasias por causa da natureza superficial da mesma.

O enema opaco pode demonstrar defeitos de enchimento,

com nódulos pequenos, lesões múltiplas ou aspecto infiltrativo. A presença de volumoso componente extra-colônico, dilatação concêntrica da luz e defeito de enchimento no íleo terminal e válvula ileo-cecal, sugerem o diagnóstico de linfoma<sup>17</sup>. Após o diagnóstico, o estadiamento deve ser realizado com hemograma, provas de função hepática, radiografia de tórax, biópsia de medula óssea e tomografia computadorizada de abdômen<sup>4,s</sup>. No nosso enfermo, o diagnóstico de linfoma foi feito após a laparotomia; a tomografia computadorizada de abdômen e a biópsia de medula óssea, foram realizadas no período pós-operatório, e com resultados normais.

O melhor método de tratamento do linfoma localizado é o cirúrgico. O grupo da Clínica Mayo<sup>13</sup> preconiza que se o tumor for confinado ao reto e ressecável, deve-se fazer excisão cirúrgica seguida de radioterapia. Na presença de linfonodos regionais envolvidos, inicia-se com quimioterapia no pós-operatório<sup>5,18</sup>. Para tumores irresssecáveis, a radioterapia é benéfica<sup>4,13</sup> e se a doença é sistêmica, utiliza-se quimioterapia<sup>4,13</sup>. No nosso caso foi realizada ileocelectomia direita e, como havia linfonodos envolvidos, quimioterapia.

A sobrevida para tumores localizados na parede intestinal ou com envolvimento local é de cinco anos em 50% .

Quando nódulos regionais são acometidos, a sobrevida cai para 12%<sup>19</sup>. Martel<sup>10</sup> relata taxa de sobrevida em cinco anos de 55%. Outro estudo mostra diferenças significativas entre aqueles que realizam apenas cirurgia ou associam a radioterapia, com taxas de 16 contra 83% respectivamente<sup>19</sup>. Nos pacientes imunodeprimidos, a neutropenia e o uso de agentes citotóxicos aumentam o risco de infecções oportunistas<sup>13</sup>, e a sobrevida nesses casos, é menor que um ano<sup>13</sup>.

O prognóstico do linfoma é pior que a do adenocarcinoma, sendo melhor quando a lesão é menor que cinco centímetros, intraluminal e sem linfáticos metastáticos. O prognóstico não é claramente relacionado ao tipo celular, mas conforme o estágio da doença<sup>13,20</sup>.

## CONCLUSÃO

O linfoma colorretal é uma afecção, em que é difícil o diagnóstico diferencial endoscópico de outras neoplasias. O caso relatado é de um linfoma primário de cólon, com linfonodos comprometidos, cujo diagnóstico foi obtido com a peça cirúrgica. Realizado tratamento cirúrgico e quimioterapia. Follow-up de nove meses, com boa evolução.

---

**SUMMARY:** Lymphomas of the colon and rectum are tumors of low frequency, constituting 0,5% of the colorectal neoplasms. Cecum is the most affected place followed by the rectum. The most affected age is around the fifties. The clinical features are similar to any other tumors of the large bowel. After the diagnosis, staging is important to rule out involvement of other organs. The treatment of choice is surgery for the confined disease. For the advanced disease, it is used radiotherapy and/or chemotherapy.

The authors relate a case of lymphoma of cecum diagnosed after surgical excision, followed by adjuvant treatment with chemotherapy.

**KEY WORDS:** Lymphoma. Colorectallymphoma. Colorectal neoplasms.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Henry CA, Berry RE. Primary Lymphoma of the Large intestine. *Am Surg* 1988; 54: 262-6.
2. Jinnai D, Iwasa Z, Watanuki T. Malignant Lymphoma of the Large intestine- Operative results in Japan. *Jpn J Surg* 1983; 13: 331-6.
3. Dragosics B, Bauer P, Radaszkiewicz T. Primary gastrointestinal non-Hodgkin Lymphomas. A retrospective clinico-pathologic study of 150 cases. *Cancer* 1985; 55: 1060- 73.
4. Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. First Edition; ST. Louis, QualityMedical Publishing, 1992
5. Nicholls JR, Dozois RR. Surgery of the Colon & Rectum. First Edition; London, Churchill Livingstone, 1997.
6. Habr-Gama A, Campos FG, Ribeiro Junior U, Gansl R, Silva ffi, Pinotti HW. Linfomas primários do intestino grosso. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 1993; 48:272-7.
7. Devine RM, Beart RW Jr, WolffBG, et al. Malignant lymphoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 821.
8. Mc Swain B, Beal JM. Lymphosarcoma of the gastrointestinal tract: report of 20 cases. *Ann Surg* 1944; 119: 108.
9. Sherlock P, Winawer SJ, Goldstein MJ, et al. Malignant Lymphoma of the gastrointestinal tract. In Glass GB, ed; *Progress in gastroenterology*, vol 12. New York: Grune & Stratton, 1970:367-391.
10. MoerteI CG. Large bowel. In Holland JF, Frei E m, eds. *Cancer Medicine*. Philadelphia, Lea & Febiger, 1973: 1597-627.
11. Lifschitz O, Lew S, Witz M, et al. Inflammatory fibroid polyp of the sigmoid colon. *Dis Colon Rectum* 1979; 46:575.
12. Comes JS. Multiple Lymphomatous polyposis of the gastrointestinal tract. *Cancer* 1961; 14: 249.
13. Devine RM, Beart RW Jr, WolffBG. Malignant Lymphoma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1986; 29:821.
14. Heule BV, Taylor CR, Terry R, Lukes RJ. Presentation of malignant Lymphoma in the rectum. *Cancer* 1982; 49:2602.
15. Dawson IMP, Comes JS, Morson BC. Primary malignant Lymphoid tumours of the intestinal tract. Report of 37 cases with study of factors influencing prognosis. *Br J Surg* 1983; 49: 80-89.
16. Kaplan LD, Abrams DI, Feigal E, et al. AIDS-associated non-Hodgkin lymphoma in San Francisco. *JAMA* 1989; 261: 719.
17. Halls JM. Lymphoma of the large intestine. Radiographic atlas of colon disease. In: Greenbaum EI, ed. *Chicago: YearBook*. 1980; 303.
18. Keighley MRB, Williams NS. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. First Edition; London, W. B. Saunders Company, 1993.
19. Contreary K, Nance FC & Becker W F. Primary Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Ann Surg* 1980; 191:593-8.
20. Lewin KJ, Ranchod M & DorfmanRF. Lymphomas of the gastrointestinal tract. A study of the 117 cases presenting with gastrointestinal disease. *Cancer* 1978; 42: 693- 707.

### Endereço para correspondência:

Luciano Pinto de Carvalho  
Av. Mostardeiro, 291, sala 405  
Bairro Moinhos de Vento  
Porto Alegre -RS  
CEP: 90430-001  
Tel.: 0 (XX) 51-346-2402