

# Linfoma Primário de Cólon: Relato de Caso

## Primary Colorectal Lymphoma: Case Report

RAFAEL LUÍS LUPORINI<sup>1</sup>; ANTONIO CARLOS ROMA JÚNIOR<sup>2</sup>; ELAINE CRISTINA HENRIQUE ALMEIDA<sup>3</sup>; MARCELO RODOLFO MARCIANO<sup>4</sup>; LUIZ VAGNER SIPRIANI<sup>5</sup>; FRANCISCO DE ASSIS GONÇALVES FILHO<sup>6</sup>; ALEXANDRE LOPES DE CARVALHO<sup>7</sup>; MARCELO MAIA CAIXETA MELO<sup>8</sup>; LUÍS SÉRGIO RONCHI<sup>9</sup>; GENI SATOMI CUNRATH<sup>10</sup>; JOÃO GOMES NETINHO<sup>11</sup>

<sup>1</sup>. Médico residente em Coloproctologia - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia FSBCP; <sup>2</sup>. Médico Cirurgião Geral - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP); <sup>3</sup>. Médica Coloproctologista - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia FSBCP; <sup>4</sup>. Médico residente em Coloproctologia - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia HB-FAMERP, São José do Rio Preto, SP, FSBCP; <sup>5</sup>. Médico residente em Coloproctologia - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia – FSBCP; <sup>6</sup>. Médico Coloproctologista - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia Título de especialista pela SBCP / ASBCP; <sup>7</sup>. Médico Coloproctologista - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia. Título de especialista pela SBCP / ASBCP; <sup>8</sup>. Médico Coloproctologista - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia. Título de especialista pela SBCP e CBCD / ASBCP. Mestre em ciências da saúde pela FAMERP. Médico da disciplina de coloproctologia da FAMERP; <sup>9</sup>. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia. Título de especialista pela SBCP e CBCD / ASBCP. Médico contratado da disciplina de coloproctologia da FAMERP; <sup>10</sup>. Médico Coloproctologista - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia. Título de especialista pela SBCP e CBCD / TSBCP. Mestre em ciências da saúde pela FAMERP. Sub-chefe da disciplina de coloproctologia da FAMERP; <sup>11</sup>. Médico Coloproctologista - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia Título de Especialista SBCP e AMB / TSBCP. Mestre em Ciências da Saúde FAMERP. Doutor em Cirurgia UNICAMP. Chefe da Disciplina de Coloproctologia HB / FAMERP. Vice Mestre do CBC Regional Noroeste do ESP.

---

LUPORINI RL; ROMA JÚNIOR AC; ALMEIDA ECH; MARCIANO MR; SIPRIANI LV; GONÇALVES FILHO FA; CARVALHO AL; MELO MMC; RONCHI LS; CUNRATH GS; NETINHO JG. Linfoma Primário de Cólon: Relato de Caso. *Rev bras Coloproct.* 2010;30(3): 356-359.

**RESUMO:** O linfoma colorretal primário é uma doença rara (0.2 a 0.6% de todas as neoplasias colônicas), apresentando pior prognóstico quando comparado com o linfoma gástrico primário ou com o adenocarcinoma do cólon. É uma doença com sintomatologia inespecífica, o que dificulta o diagnóstico precoce. O objetivo deste relato é mostrar um caso de linfoma primário do cólon, revisar critérios diagnósticos e tratamento.

**Descritores:** Linfoma colônico primário, neoplasia colônica, linfoma gastrointestinal.

---

## INTRODUÇÃO

Os linfomas normalmente apresentam-se de forma disseminada, podendo, no entanto aparecer no trato gastrointestinal em formas localizadas, principal-

mente no estômago e intestino delgado, sendo os linfomas primários do cólon raros<sup>1,2</sup>. Apresentam sistemas de classificação e diagnósticos diferentes do adenocarcinoma de cólon<sup>3</sup>, possuindo também desfecho clínico mais grave do que esta patologia<sup>2</sup>, sendo

---

Trabalho realizado no Hospital de Base / Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) / Disciplina de Coloproctologia – Departamento de Cirurgia

Recebido em 22/09/2009

Aceito para publicação em 12/11/2009

necessário um alto nível de suspeição clínica para a realização de um diagnóstico precoce. O correto estadiamento permite prever o prognóstico e direcionar a terapêutica, sendo a chance de cura, uma cirurgia para ressecção tumoral em estádios precoces<sup>2,3,4</sup>.

## RELATO DE CASO

FPB, 65 anos, sexo feminino, admitida com queixa de dor em fossa ilíaca direita e abaulamento local há 2 meses, associado a hiporexia, constipação e emagrecimento de 5 kg no período. Há 4 dias da admissão referia febre diária não aferida, sendo encontrada ao exame físico massa endurecida e fixa em fossa ilíaca direita.

Realizada tomografia computadorizada de abdômen que demonstrou espessamento concêntrico do cólon ascendente, com imagem irregular, heterogênea, hipodensa, entremeada por áreas hipoatenuantes e com gás em seu interior.

A colonoscopia evidenciou lesão ulcerada de bordas elevadas ocupando toda luz cólica direita, sendo realizada biópsia que evidenciou colite crônica ulcerativa inespecífica.

Paciente foi submetida a laparotomia exploradora dada a lesão sugerir tratar-se de neoplasia sendo identificada massa em cólon ascendente. Realizada ressecção em bloco do transverso proximal, cólon ascendente, ceco (figura 1), 30 cm de íleo terminal e parte da parede pélvica com confecção de

ileotransversoanastomose. Paciente recebeu alta no 3º pós-operatório.

O exame anátomo-patológico da peça demonstrou neoplasia maligna pouco diferenciada, sugestiva de linfoma. (figura 2). Realizada imunohistoquímica que demonstrou linfoma difuso de grandes células (WHO 2001), revelando imunofenótipo B (CD 20+), variante morfológica anaplásica e índice de proliferação celular de 70%. Estadio I de Ann Arbor modificado por Mussheff and Schimidt Volmer.

Paciente apresentou boa evolução, sendo submetida a tratamento quimioterápico com esquema R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona), estando assintomática e sem evidências de recidiva em dois anos de acompanhamento.

## DISCUSSÃO

Os linfomas primários do cólon correspondem a 0,2 a 0,6% de todas as neoplasias cólicas, sendo seu pico de incidência entre 50 e 70 anos<sup>1</sup>. É mais predominante em homens, tendo igual incidência entre os sexos quando se considera apenas adultos<sup>2</sup>. São lesões mais comuns no ceco, fato talvez explicado pela maior quantidade de linfonodos neste local<sup>3</sup>. A maioria trata-se de uma lesão única. Os fatores de risco são: colite ulcerativa, doença de Chron, radioterapia prévia, transplante renal, ureterossigmoidostomia, corticoterapia e HIV (o que pode explicar o aumento na incidência)<sup>3</sup>.

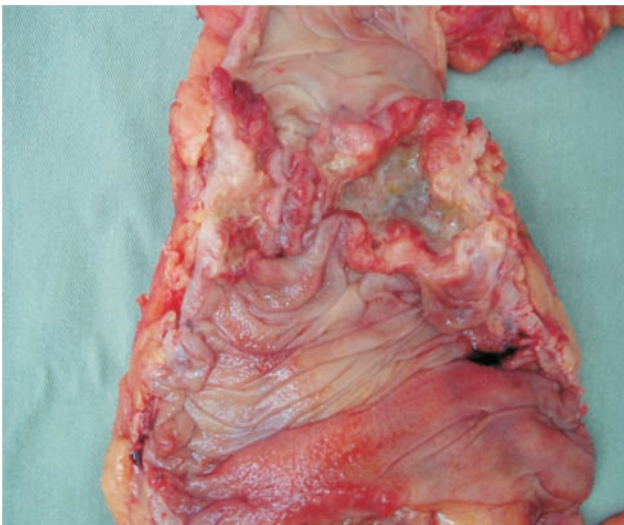


Figura 1 – Peça de Ressecção Cirúrgica.

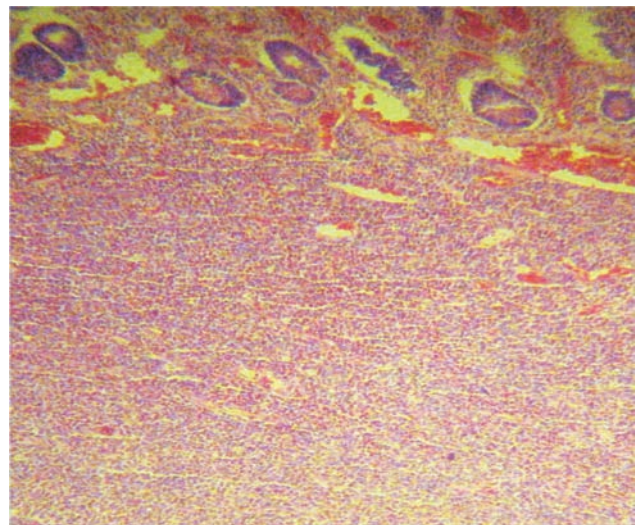


Figura 2 – Microscopia.

**Tabela 1** - Critérios de Dawson para linfoma primário.

---

1 –	Ausência de linfonodos superficiais palpáveis no primeiro exame
2 –	Radiografia de Tórax normal
3 –	Verificar à laparotomia comprometimento exclusivo do segmento gastrointestinal e dos seus linfonodos regionais
4 –	Leucometria total e diferencial normal
5 –	Ausências de lesões hepatoesplênicas
6 –	Ausências de linfonodomegalias detectáveis à Tomografia computadorizada
7 –	Normalidades das células da medula óssea

---

**Tabela 2** - Classificação de Ann Arbor Modificada.

---

Estádio I	Tumor confinado ao trato gastrointestinal (IE)
Estádio II	Tumor com envolvimento linfonodal regional (IIE 1) Envolvimento linfonodal além dos linfonodos regionais (IIE 2)
Estádio III	Tumor com outros envoltimentos linfonodais regionais(fígado e baço) ou órgãos extra-abdominais

---

Os sintomas mais comuns são dor abdominal crônica inespecífica, perda de peso, massa palpável e alteração do hábito intestinal, (semelhantes ao apresentados inicialmente pela paciente), podendo também apresentar-se com náuseas, vômitos, febre, sangramento gastrointestinal ou abdome agudo<sup>1,2,3,4</sup>. Os critérios de Dawson são usados para o diagnóstico<sup>2</sup>. (tabela 1)

Os exames de imagem ajudam o diagnóstico e no estadiamento, no entanto o diagnóstico definitivo é feito apenas através da análise da biópsia, podendo esta ser feita por colonoscopia ou por análise histológica da peça obtida na ressecção cirúrgica<sup>2</sup>. No caso apresentado a biópsia realizada pela colonoscopia mostrou apenas a reação inflamatória no cólon.

A maioria dos linfomas de cólon são provenientes das células B<sup>2,3,4</sup>, sendo este o tipo encontrado no caso apresentado. Para o estadiamento o sistema mais usado é o de Ann Arbor, inicialmente proposto para estadiamento dos linfomas de Hodgkin. Foi modificado por Mussheff and Schimdt Volmer para ser mais bem aplicado aos linfomas gastrointestinais<sup>3,5</sup>. (tabela 2)

O tratamento é eminentemente cirúrgico, podendo ser realizado tanto por via aberta ou laparoscópica<sup>2</sup>, com taxas de morbidade e mortalidade menores neste. O uso da quimioterapia adjuvante é

**Tabela 3** - Critérios de Pior Prognóstico.

---

1 –	Envolvimento linfonodal regional
2 –	Tumores maiores do que 5 cm
3 –	Ressecções tumorais incompletas
4 –	Tumores perfurados
5 –	Tumores com pouca diferenciação histológica

---

controverso<sup>1,4,5,6,7</sup>, sendo que alguns autores a usam em todos os casos e outros apenas em tumores de pior prognóstico (tabela 3), podendo-se também usar a radioterapia em casos de linfoma de reto<sup>1,2</sup>.

## CONCLUSÃO

Embora raro, o linfoma primário de cólon é uma patologia que merece todo o cuidado, pois é mais agressivo que o tumor de cólon<sup>2</sup> e a sua cura depende principalmente de um diagnóstico nos estádios precoces, pois o melhor tratamento é a ressecção radical<sup>2,3,4</sup>, sendo isto difícil devido aos sintomas pouco específicos no início da doença. A quimioterapia adjuvante vem demonstrando bons resultados<sup>3,5,7</sup>. Devido à raridade do caso se faz necessário a descrição de relatos para conhecimento médico dos aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da patologia.

---

**ABSTRACT:** The primary colorectal lymphoma is a rare disease (0.2 to 0.6% of all colonic neoplasias), that has a worse prognosis than primary gastric lymphoma or colon adenocarcinoma. The poor signals makes the early diagnosis difficult. The objectives of this report is to describe a case of primary colon lymphoma, revise diagnosis criteria and treatment.

**Key words:** Primary colonic lymphoma, colon neoplasia, gastrointestinal lymphoma.

---

## REFERÊNCIAS

- 1 - Wong MT, Eu KW. Primary colorectal lymphomas. *Colorectal Dis.* 2006; 8(7): 586-591.
- 2 - Waisberg J, Bromberg SH, Santos HVB, Barretto E, Giordano FC & Godoy AC. Linfoma primário perfurado de cólon. Relato de caso. Aspectos clínicos-patológicos e estudo imuno-histoquímico. *Rev Bras ColoProct.* 1994; 14(3): 175-178.
- 3 - Martínez-Ramos D, Gibert-Gerez J, Manuel Miralles-Tena JM, Martínez-Banaclocha M, Escrig-Sos J, Salvador-Sanchís JL. Laparoscopic colectomy for primary colonic lymphoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005; 97: 744-749.
- 4 - Doolabh N, Anthony T, Simmang C, Bieligk S, Lee E, Huber P, Hughes R, Turnage R - Primary colonic lymphoma. *J Surg Oncol.* 2000; 74(4):257-62
- 5 - Waisberg J, Bromberg SH, Franco MI, Matheus CO, Zanutto A, Petrolino LF, ET AL. Primary non-Hodgkin lymphoma of the right colon: a retrospective clinical-pathological study. *Int Surg.* 2001; 86(1): 20-25.
- 6 - Gonzales QH, Heslin MJ, Dávila-Cervantes A, Alvarez-Tostado J, de los Monteros AE, Shore G, ET AL. Primary colonic lymphoma. *Am Surg.* 2008; 74(3): 214-216.
- 7 - Fan CW, Changchien CR, Wang JY, Chen JS, Hsu KC, Tang R, Chiang JM. Primary Colorectal Lymphoma. *Colorectal Dis.* 2000; 43(9): 1277-1282.

### Endereço para correspondência:

RAFAEL LUÍS LUPORINI  
Rua 15 de Novembro, 3426  
São Carlos – SP  
CEP:13569-220  
Telefone: (16) 3372-1183 / (17) 8111-5500  
E-mail: rafaelluisluporini@yahoo.com.br