

## OBSTRUÇÃO INTESTINAL CAUSADA POR LINFOMA NÃO HODGKIN EM PACIENTE PÓS CIRURGIA BARIÁTRICA E TRANSPLANTE RENAL: RELATO DE CASO

### BOWEL OBSTRUCTION CAUSED BY NON-HODGKIN'S LYMPHOMA IN PATIENT AFTER SURGERY BARIATRIC AND RENAL TRANSPLANT: CASE REPORT

### OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CAUSADA POR LINFOMA NO HODGKIN EN PACIENTE POST CIRUGÍA BARIATRICA Y TRASPLANTE RENAL: INFORME DE CASO

Gilberto Borges Brito\*, Thiago Sivieri\*, Shinhiti Morita\*, Nazir Elias Chalela Ayub\*\*, Roberto Lazilha Faleiros\*\*\*, Marcela Shinkai Soares\*\*\*\*

#### Resumo

**Introdução:** O Linfoma não Hodgkin (LNH) com acometimento nodal é mais comum, entretanto, quando extra nodal, pode apresentar localização primária do trato gastrointestinal, podendo gerar diferentes sintomas que variam desde anorexia, náusea, vômitos, dor abdominal crônica até sintomas obstrutivos, perfuração e hemorragias gastrointestinais. **Objetivo:** Relatar o caso raro de abdome agudo obstrutivo causado por lesão circunferencial e constrita em alça jejunal devido à hiperplasia linfonodal por linfoma não Hodgkin e alertar sobre as diversas apresentações clínicas, favorecendo o diagnóstico e tratamento precoce. **Material e Método:** Trata-se de um relato de caso desenvolvido juntamente com revisão da literatura atual. **Resultado:** Apesar da manifestação clínica inicial inespecífica e pouco frequente, a obstrução intestinal por LNH primário em alça do intestino delgado foi diagnosticado precocemente sendo realizada enterectomia do segmento jejunal afetado, apresentando evolução clínica satisfatória no pós-operatório. **Conclusão:** Casos de abdome agudo obstrutivo por LNH primariamente intestinal são raros e merecem importância devido aos seus riscos de complicações e dificuldade diagnóstica, porém quando diagnosticados precocemente, o tratamento e os resultados tornam-se mais satisfatórios e duradouros.

**Palavras-chave:** Linfoma não Hodgkin. Obstrução intestinal. Cirurgia bariátrica.

#### Abstract

**Introduction:** Although non-Hodgkin's lymphoma (NHL) with nodal involvement is more common, the extra nodal may have a primary localization of the gastrointestinal tract and may generate different symptoms ranging from anorexia, nausea, vomiting, chronic abdominal pain, obstructive symptoms, perforation and gastrointestinal bleeding. **Objective:** To report a rare case of acute obstructive abdomen caused by circumferential injury and constricted in jejunal loop due to lymph node hyperplasia due to NHL and to alert about the various clinical presentations, favoring the diagnosis and the early treatment. **Material and Method:** It is about a case report developed together with a current literature review. **Result:** Despite the initial clinical manifestation unspecific and infrequent, the intestinal obstruction by primary NHL in small bowel was early diagnosed, the enterectomy of the affected jejunal segment was performed, which presented satisfactory clinical outcome after surgery. **Conclusion:** Cases of obstructive acute abdomen due to primarily intestinal NHL are rare and they deserve importance due to their risks of complications and diagnostic difficulty. When diagnosed early, treatment and results become more satisfactory and long-lasting.

**Keywords:** Non-Hodgkin's lymphoma. Bowel obstruction. Bariatric surgery.

#### Resumen

**Introducción:** El Linfoma no Hodgkin (LNH) con acometimiento nodal es más común, sin embargo, cuando es extranodal, puede presentar localización primaria del tracto gastrointestinal, que puede generar diferentes síntomas que varían desde anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal crónico hasta síntomas obstrutivos, perforación y hemorragias gastrointestinales. **Objetivo:** Se relata el caso de abdomen agudo obstrutivo causado por lesión circunferencial en alza yeyunal debido a la hiperplasia linfonodal por linfoma no hodgkin y alertar sobre las diversas presentaciones clínicas, favoreciendo el diagnóstico y tratamiento precoz. **Material y Método:** Se trata de un relato de caso desarrollado junto con la revisión de la literatura. **Resultado:** A pesar de la manifestación clínica inicial inespecífica y poco frecuente, la obstrucción intestinal por LNH primario en alza del intestino delgado fue diagnosticada precocemente siendo realizada enterectomía del segmento jejunal afectado, presentando evolución clínica satisfactoria en el postoperatorio. **Conclusión:** Los casos de abdomen agudo obstrutivo por linfoma no Hodgkin principalmente intestinal son raros y merecen importancia debido a sus riesgos de complicaciones y dificultad diagnóstica, pero cuando se les diagnostica precocemente, el tratamiento y los resultados se vuelven más satisfactorios y duraderos.

**Palabras clave:** Linfoma no Hodgkin. Obstrucción intestinal. Cirugía bariátrica.

\* Professor Doutor Chefe da Enfermaria de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital de Base e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP.

\*\* Cirurgião do aparelho digestivo. Fellow do Serviço de Cirurgia Bariátrica e Metabólica do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP. Contato: nazir-chalela@gmail.com

\*\*\* Cirurgião Geral do Hospital de Base e Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP.

\*\*\*\* Graduanda do 5º ano de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP .

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto-SP.

## INTRODUÇÃO

Linfoma não Hodgkin (LNH) consiste num grupo diverso de doenças malignas derivadas de células B e T progenitoras, células B e T maduras e raramente células natural killer. A apresentação clínica mais comum inclui: linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, febre, perda de peso e sudorese noturna. Em 25% dos casos teremos a apresentação dos linfomas não Hodgkin com origem extranodal, com sintomas como o rash cutâneo; ou associados ao trato gastrointestinal, que podem incluir anorexia, náusea, vômito, perda de peso, dor abdominal crônica, sintomas obstrutivos, perfuração e até hemorragia<sup>1</sup>.

Aproximadamente 50% dos pacientes apresentarão acometimento extra nodal secundário ao diagnóstico da doença, no entanto, entre 10 a 35% dos pacientes terão acometimento extra nodal primário ao diagnóstico, sendo o principal sítio extra nodal o trato gastrointestinal, responsável por 30-40% de todos os casos extranodais e aproximadamente 4-20% de todos os LNH<sup>2-4</sup>. Os LNH com localização primária gastrointestinal representam apenas 0,9% de todos os tumores gastrintestinais, sendo o estômago o local de acometimento mais comum, representando 51-86% dos casos, seguido pelo intestino delgado. Apenas 6-14% dos linfomas gastrintestinais foram relatados nos cólons<sup>5-7</sup>.

A imunossupressão prolongada é reconhecida como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças linfoproliferativas<sup>8,9</sup>. No presente relato de caso, tem-se uma pessoa transplantada renal em uso de imunossupressor, o que aumenta a chance de apresentação de doenças linfoproliferativas, além de ter sido submetida à cirurgia bariátrica, se expondo a carência de micro e macro nutrientes, o que pode agravar o quadro de defesa imunológica do paciente. No entanto, o quadro se iniciou com manifestação incomum: a suboclusão intestinal.

## OBJETIVO

Relatar o caso raro de uma paciente de 42 anos, que apresentou quadro de abdome agudo obstrutivo causado por lesão circunferencial e constricta em alça jejunal devido à hiperplasia linfonodal por linfoma não Hodgkin e alertar sobre as diversas apresentações clínicas que essa doença pode causar, favorecendo o diagnóstico e tratamento precoce.

## RELATO DO CASO

Paciente de 42 anos, sexo feminino, hipertensa, submetida a transplante renal em 1998 e cirurgia bariátrica (Fobi-capella) em 2007, admitida no hospital com quadro de dor abdominal difusa de início há uma semana com piora progressiva, sem outras queixas. Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, anictérica, acianótica, normocorada, afebril (36° C), normotensa, eutrófica, eupneica, frequência cardíaca de 82 bpm, saturação de 96% e pressão arterial 120x80 mmHg. Ausculta cardiopulmonar sem alterações. Abdome com ruídos hidroaéreos (RHA) presentes, doloroso a palpação difusa sem dor à descompressão brusca e sem outras alterações.

Atendida inicialmente pela equipe de nefrologia, foram solicitados exames laboratoriais de sangue, urina tipo 1, urocultura, e internação hospitalar para investigação do quadro. Os exames laboratoriais revelaram hemoglobina de 9,4 e hematócrito de 30, função renal preservada (creatinina de 1,3), sem distúrbios hidroeletrólíticos. Com o resultado negativo da urocultura e a não melhora clínica da paciente evoluindo com quadro de abdome agudo obstrutivo, com abdome globoso, RHA aumentados, doloroso difusamente a palpação, porém, sem dor a descompressão brusca, foi solicitado, no terceiro dia de internação, avaliação da equipe cirúrgica e realizada uma tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste, cujo laudo revelou: "linfonodomegalia retroperitoneal; rins primitivos com sinais de nefropatia crônica; rim transplantado na fossa ilíaca direita mostrando boa eliminação de contraste com contornos lisos e espessura média do parênquima conservada" (Figura 1). Apesar do laudo da TC, após avaliação da equipe cirúrgica, pelos sinais e sintomas apresentados pela paciente, foi indicada uma laparotomia exploradora.

O procedimento cirúrgico foi realizado no quarto dia de internação hospitalar sem intercorrências, sendo diagnosticada, no intraoperatório, lesão circunferencial, estenosante de alça jejunal (alça alimentar) aproximadamente a 80 cm da anastomose gastroentérica e a 40 cm da anastomose enteroentérica do Y de Roux, na cirurgia de Fobi-capella prévia, além de presença de linfonodos mesentéricos aumentando e endurecidos. Foi realizada a enterectomia do segmento jejunal afetado, reconstruindo com anastomose término-terminal e

enviado peça para avaliação anatomopatológica e imuno-histoquímica juntamente com biópsias de linfonodos do mesentério (Figura 2).

No pós-operatório imediato, devido às comorbidades prévias, a paciente foi encaminhada para unidade de tratamento intensivo, onde ficou monitorizada e evoluiu bem clinicamente, sendo liberada dieta líquida e transferida para enfermaria no 2º dia pós-operatório. No 4º dia após a cirurgia, a paciente evoluiu com boa aceitação da dieta, negando náuseas e vômitos; sem outras queixas, foi orientada alta hospitalar com orientações gerais, analgesia e sintomáticos.

O resultado do anatomopatológico evidenciou como lesão principal um linfoma não Hodgkin de alto grau que apresentava 4,5 x 8,0 cm de dimensão, de aspecto úlcero-infiltrativo acometendo até a serosa sem perfuração do peritônio visceral, com margens cirúrgicas proximal, distal e radial livres de neoplasia. A análise imuno-histoquímica mostrou linfoma difuso de grandes células B com imunofenótipo do tipo não centro germinativo (não GCB ou ABC); índice de proliferação celular de 80% e negatividade para CD30.

A paciente permaneceu assintomática e sem queixas, em acompanhamento ambulatorial com a equipe da cirurgia, nefrologia e hematologia, em programação para realização de quimioterapia.

## DISCUSSÃO

Tanto a imunossupressão prolongada, quanto as doenças inflamatórias crônicas são reconhecidas como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças linfoproliferativas<sup>8,9</sup>. No presente relato de caso, tem-se uma doente transplantada renal em uso de imunossupressor em longa data, o que aumenta a chance de apresentação de doenças linfoproliferativas, convergindo com dados presentes na literatura, justamente com o fato da mesma ter sido submetida à cirurgia bariátrica, se expondo ao risco de deficiência de micro e macro nutrientes, que podem agravar a imunodepressão. Apesar das manifestações clínicas iniciais mais frequentes pelo LNH cursar com linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, febre, perda de peso e sudorese noturna, em até em 25% dos casos tem-se a apresentação dos LNH com origem extranodal com sintomas como o rash cutâneo ou associados ao trato gastrointestinal, como no presente relato em que a

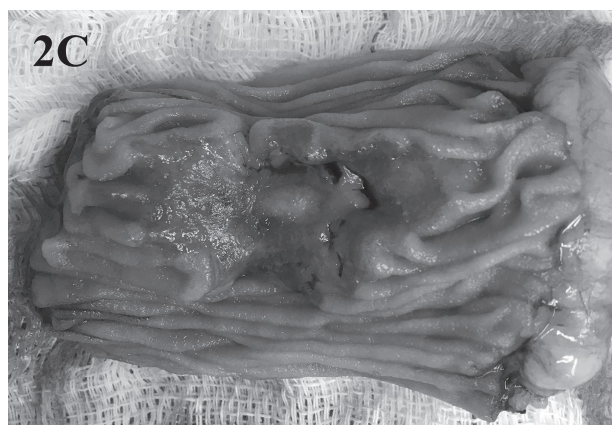
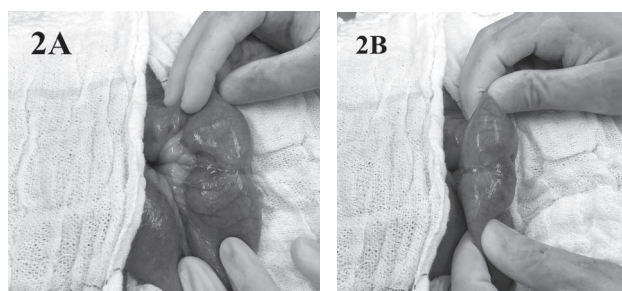
paciente apresentou sinais e sintomas de abdome agudo obstrutivo<sup>1,10</sup>.

Apesar da clínica pouco específica manifestada pelo LNH, a associação de uma anamnese bem elaborada com dados da história pregressa, exame físico direcionado e exames complementares como a radiografia de abdome agudo e TC de abdome foram de extrema importância

**Figura 1** - TC de abdome e pelve com contraste – corte coronal-presença de linfonodomegalia retroperitoneal; rim transplantado na fossa ilíaca direita



**Figura 2A, 2B e 2C** – **Figuras 2A e 2B** demonstram lesão estenosante de alça jejunal (alça alimentar do Y de Roux) aproximadamente há 80 cm da anastomose gastroentérica. **Figura 2C** demonstra o segmento jejunal afetado após enterectomia, seccionando para visualização de lesão infiltrativa, ulcerada e estenosante da peça cirúrgica



para o diagnóstico do presente caso, sendo decisivo para o tratamento precoce e com resultado satisfatório.

## CONCLUSÃO

Obteve-se com a experiência do caso relatado e a revisão da literatura uma melhor caracterização dos sinais e sintomas do LNH primariamente intestinal, pois apesar das suas diversas formas, relatos de obstrução intestinal são raros e merecem importância devido aos seus riscos de complicações e dificuldade diagnóstica. Quando diagnosticado precocemente é possível programar uma estratégia individualizada de acompanhamento e tratamento, tendo em vista obter resultados satisfatórios e duradouros.

---

## REFERÊNCIAS

1. Freedman AS, Friedberg JW, Aster JC. Clinical presentation and diagnosis of non-hodgkin lymphoma. Uptodate. [Internet] [citado em 22 out. 2017]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-non-hodgkin-lymphoma>
2. Anderson T, Chabner BA, Young RC, Berard CW, Garvin AJ, Simon RM, et al. Malignant lymphoma. 1. The histology and staging of 473 patients at the national cancer institute. *Cancer*. 1982; 50(12):2699-707.
3. Crump M, Gospodarowicz M, Shepherd A. Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Semin oncol* 1999; 26:324-37.
4. Sokol H, Beaugerie L. Inflammatory bowel disease and lymphoproliferative disorders: the dust is starting to settle. *Gut*. 2009; 58:1427-36.
5. Zigelboim J, Larson MV. Primary colonic lymphoma: clinical presentation, histopathologic features, and outcome with combination chemotherapy. *J Clin Gastroenterol*. 1994;18:291-7.
6. Doolabh N, Anthony T, Simmang C, Bieligk S, Lee E, Ruber P, et al. Primary colonic lymphoma. *J Surg Oncol*. 2000; 74:257-62.
7. Reis MP, Mata LA, Pereira M, Ângelo P. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the duodenum. *Acta Médica Portuguesa* 1993; 6(5):219-22.
8. Smedby KE, Baecklund E, Askling J. Malignant lymphomas in autoimmunity and inflammation: a review of risks, risk factors, and lymphoma characteristics. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006 Nov; 15(11):2069-77.
9. Sokol H, Beaugerie L. Inflammatory bowel disease and lymphoproliferative disorders: the dust is starting to settle. *Gut*. 2009; 58(10):1427-36.
10. Bairey O, Ruchlemer R, Shpilberg O. Non-hodgkin's lymphomas of the colon. *Isr Med Assoc J*. 2006 Dec; 8(12):832-5.

Recebido em: 20/01/2018

Aceito em: 05/05/2018