

CASO CLÍNICO

Importância da enteroscopia de duplo balão no diagnóstico de um caso de linfoma do intestino delgado

The importance of double balloon enteroscopy on the diagnosis of a small bowel lymphoma case

Autores: R. Ramos, M. Herrera, D. Cruz, J. Mascarenhas, P. Duarte, C. Vicente, C. Casteleiro

Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Cova da Beira

RESUMO | A enteroscopia de duplo balão é um método endoscópico que permite a visualização e biópsias de todo o intestino delgado. Os autores apresentam o caso clínico de um doente, de 55 anos, observado no Serviço de Urgência por dor abdominal e vômitos, apresentando nas análises uma anemia microcítica. Após a realização de vários exames auxiliares de diagnóstico, a tomografia computadorizada abdominal mostrou um espessamento de uma ansa do intestino delgado. Realizou enteroscopia de duplo balão que permitiu o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin B. Realizou quimioterapia com remissão completa.

SUMMARY | Double-balloon enteroscopy allows endoscopic study and biopsies of the entire small bowel, allowing histological diagnosis throughout the procedure. The authors report a case of a 55 year-old man, observed in our emergency department with abdominal pain and vomiting. The blood tests has revealed a microcytic anemia. The abdominal computed tomography has shown a thick zone in the small bowel. A double-balloon enteroscopy was performed and it was diagnosed a B-cell Non-Hodgkin's lymphoma. The patient was submitted to chemotherapy, with total remission.

GE - J Port Gastrenterol 2009; 16: 198-201

Recebido para publicação: 07/04/2008

Aceite para publicação: 09/07/2009

INTRODUÇÃO

A enteroscopia de duplo balão é um método endoscópico que tem modificado a conduta médica, ao permitir localizar, diagnosticar e tratar lesões do jejuno e do íleon.

Os linfomas gastrointestinais primários representam uma entidade clínico-patológica diferente dos linfomas ganglionares¹. Os tumores do intestino delgado são entidades raras, apenas 3 a 6% dos tumores gastrointestinais e cerca de 1,5% dos tumores malignos do tubo digestivo se encontram localizados no intestino delgado. Os linfomas primários representam menos de 2% de todos os tumores malignos gastrointestinais². A localização mais frequente é a região ileo-cecal, seguida do intestino delgado, representando no total 20-40% dos linfomas primários gastrointestinais³. O

linfoma do intestino delgado tende a ser uma lesão anelar no íleon distal. A obstrução jejunal é uma situação poucas vezes descrita⁴.

Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, 55 anos, com quadro de sub-oclusão intestinal, provocado por um linfoma jejunal, cujo diagnóstico definitivo foi possível com recurso a enteroscopia de duplo balão.

CASO CLÍNICO

Doente de 55 anos de idade, sexo masculino, que recorreu ao Serviço de Urgência por quadro clínico caracterizado por dor abdominal, náuseas e vômitos. O quadro clínico teve início 5 dias antes, com dor abdominal, mais intensa no epigastro e região peri-umbili-



FIGURA 1 | Espessamento circunferencial da parede de uma ansa do intestino delgado (assinalado pela seta) - Tomografia Computorizada.



FIGURA 2 | Estenose do jejuno - enteroscopia de duplo balão.

cal, enfartamento e vômitos alimentares (2-3 episódios por dia). Negava outras queixas.

À percussão abdominal era evidente uma área de timpanismo na região peri-umbilical, sem outras alterações no exame objectivo. Analiticamente apresentava uma anemia (Hb-10,2 g/dl), microcítica (VGM-69 fl), com restantes análises sem alterações. Efectuou radiografia simples de abdômen em pé, na qual foi possível observar níveis hidro-aéreos ao nível da região peri-umbilical. Na endoscopia digestiva alta realizada não foram evidenciadas alterações. Decidiu-se prosseguir o estudo com realização de uma ecografia abdominal que identificou uma lesão hiperecogénica, de contornos mal definidos na região peri-umbilical, com 8 cm de diâmetro. Procedeu-se ao internamento do doente para estudo do quadro clínico. Na ileocolonoscopia realizada não se observaram alterações; realizou uma tomografia computadorizada (TC) do abdômen, que mostrou um espessamento circunferencial da parede de uma ansa do intestino delgado, em topografia mediana, numa extensão de 5 cm (Fig. 1). Prosseguiu-se para realização de uma enteroscopia de duplo balão que evidenciou, ao nível de uma ansa de jejuno, uma área de estenose, não franqueável pelo enteroscópio (Fig. 2); a esse nível a mucosa apresentava-se granular e friável (Fig. 3), cujas biópsias estabeleceram o diagnóstico de linfoma não-hodgkin, B, de zona marginal e do tipo tecido linfóide associado à mucosa (MALT). O estadiamento (TC torácica e pélvica, biopsia óssea, mielograma e fenotipagem do sangue) permitiu classificar o tumor no estadiamento IE de Ann Arbor.

Realizou quimioterapia com CHOP (Ciclofosfa-

mida, Adriamicina, Vincristina, Prednisolona), com remissão completa, mantendo-se actualmente sem queixas clínicas em seguimento na Consulta de Hematologia.

DISCUSSÃO

Os linfomas primários do intestino delgado são uma entidade rara, sendo clinicamente caracterizados pela dificuldade diagnóstica. Cerca de 20-40% dos linfomas não-hodgkin (LNH) do tubo digestivo localizam-se no intestino delgado. Podem encontrar-se em qualquer idade, com um pico de máxima incidência na quinta e sexta década de vida, predominando no sexo masculino (2:1)⁵.

Macroscopicamente caracterizam-se por uma lesão segmentar, única ou múltipla (20% dos casos) e localizam-se habitualmente no íleon. Podem estar associados a uma doença pré-existente: doença celíaca, hiperplasia nodular linfóide, doença de crohn ileal, o que não se verificava no caso apresentado.

Os aspectos morfológicos habituais consistem em formações vegetantes ou polipóides, infiltrantes ou ulcerovegetantes, por vezes, estendem-se ao longo da superfície da mucosa, podendo atingir grande volume. Contudo, só tardiamente invadem os órgãos vizinhos, mas a invasão linfática local é frequente e precoce. Ao longo da evolução da doença podem objectivar-se localizações à distância, que podem atingir o fígado, baço pulmões, medula óssea e gânglios periféricos⁵.

A maioria dos linfomas intestinais primitivos tem origem na proliferação de células linfóides da linhagem B, contudo, os linfomas associados à doença celíaca são, geralmente, de fenótipo T.

No caso em análise tratava-se de uma lesão única, segmen-



tar, localizada numa zona menos frequentemente atingida por esta patologia: o jejuno. Como na maioria dos casos, no apresentado tratava-se de uma proliferação de células B.

A apresentação inicial do LNH primitivo do tubo digestivo varia, contudo, num grande grupo, a sintomatologia clínica é dominada por dor abdominal (60% dos casos), geralmente a dor é atípica e crónica. As complicações agudas, como sucedeu no caso do doente, ocorrem em 20 % dos casos⁵.

O trânsito baritado do intestino delgado e/ou cápsula endoscópica ou mesmo a tomografia computadorizada do abdómen, como sucedeu no caso apresentado, podem levantar a suspeita do diagnóstico, mas foi a enteroscopia de duplo balão com a realização de biópsias que permitiu estabelecer o diagnóstico final, sem ter que se recorrer à laparotomia que, não obstante, pode ser necessária.


O estabelecimento do estágio da doença, segundo Ann Arbor, é essencial para a decisão terapêutica e tem implicações prognósticas. Inclui a avaliação da extensão abdominal, pélvica e torácica (T.C. do tórax e abdomino-pélvico), biópsia da medula óssea e fenotipagem de sangue. Este estadiamento foi feito no caso apresentado, tratando-se de um estágio IE (tumor sem invasão de estruturas adjacentes).

Na última década têm ocorrido avanços consideráveis na terapêutica destes doentes. Outrora considerada fatal, hoje em dia um número significativo de doentes consegue a remissão completa com quimioterapia, como sucedeu com o doente apresentado.

O tratamento das formas localizadas dos linfomas intestinais primitivos não está bem definido: quimioterapia só ou precedida por exérese das lesões. A exérese tem que efectuar-se sempre que possível nos linfomas de baixo grau de malignidade, que respondem mal à quimioterapia, nos outros casos a quimioterapia é a terapêutica de eleição. Ocorrem respostas completas na maioria dos casos e as recorrências, quando surgem, é sobretudo na doença disseminada e ao fim do primeiro ano⁶. No caso apresentado, optou-se por quimioterapia com boa resposta, encontrando-se o doente em remissão, sem recidiva um ano após ter terminado a quimioterapia.

Estudos sistemáticos para identificação de doença residual permitirão uma terapêutica mais adequada e atempada e uma progressiva melhoria do prognóstico desta doença⁷.

CONCLUSÃO

A enteroscopia de duplo balão é, hoje em dia, uma técnica fundamental no diagnóstico de patologia do intestino delgado, permitindo, como no caso clínico apresentado a recolha de tecido através de biópsias e o subsequente diagnóstico, evitando cirurgias desnecessárias com aumento da morbilidade. 

Correspondência

Rui Miguel Monteiro Ramos

Serviço de Gastreenterologia
Centro Hospitalar Cova da Beira
Quinta do Alvito
6200-251 Covilhã.
e-mail: ruimmramos@gmail.com

Bibliografia

1. Remacha B, Palau A, Velicia R, Caro-Patón A, Ripollés V. Primary intestinal T lymphoma. *Rev Esp Enferm Dig* 1998;90:183-190.
2. Nomura K, Tomikashi K, Matsumoto Y, Yoshida N, Okuda T, Sakakura C, et al. Small bowel non-Hodgkin's lymphoma remaining in complete remission by surgical resection and adjuvant rituximab therapy. *Worl J Gastroenterol*. 2005;11:4443-4.
3. Lee J, Kim WS, Kim K, Ko YH, Kim JJ, Im YH. Intestinal lymphoma: exploration of the prognostic factors and the optimal treatment. *Leuk Lymphoma* 2004;45:339-344.
4. Domizio P, Owen RA, Shepherd NA, Talbot IC, Norton AJ. Primary lymphoma of the small intestine. Clinicopathological study of 119 cases. *Am J Surg Pathol* 1993;17:429-42.
5. Foucar K, Foucar E, Mitros F, Clamon G, Goeken J, Crosset J. Epitheliotropic lymphoma of the small bowel. Report of a fatal case with cytotoxic/suppressor T-cell immunotype. *Cancer* 1984;54:54-60.
6. Magrath IT, Shiramizu B. Biology and treatment of small non-cleaved cell lymphoma. *Oncology (Williston Park)* 1989;3:41-53.
7. Lowenfels AB. Why are small-bowel tumors so rare? *Lancet* 1973;1:24-26.