

# APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LINFOMA AGRESSIVO ILEAL

ATYPICAL PRESENTATION OF AN AGGRESSIVE ILEAL LYMPHOMA

Erique Pinto<sup>1</sup>, António Gomes<sup>2</sup>, Ana Costa<sup>3</sup>

IMAGENS EM MEDICINA

Doente do sexo masculino, de 82 anos, sem antecedentes médicos relevantes recorreu ao serviço de urgência por dor abdominal difusa. Após avaliação clínico-laboratorial ficou internado por anemia microcítica hipocrômica de etiologia a esclarecer.

Em contexto de estudo por exames complementares de diagnóstico realizou avaliação por Tomografia Computori-

zada (TC) com opacificação do tubo digestivo. A Avaliação revelou massa hipodensa (60 HU) na fossa ilíaca direita com conteúdo compatível com contraste iodado (oral) e muito estreita comunicação com o lúmen de ansas de delgado em topografia adjacente. A última ansa ileal é visualizada e não se encontra envolvida pela massa. Observam-se ainda múltiplas adenomegalias, as maiores na raiz do mesentério.

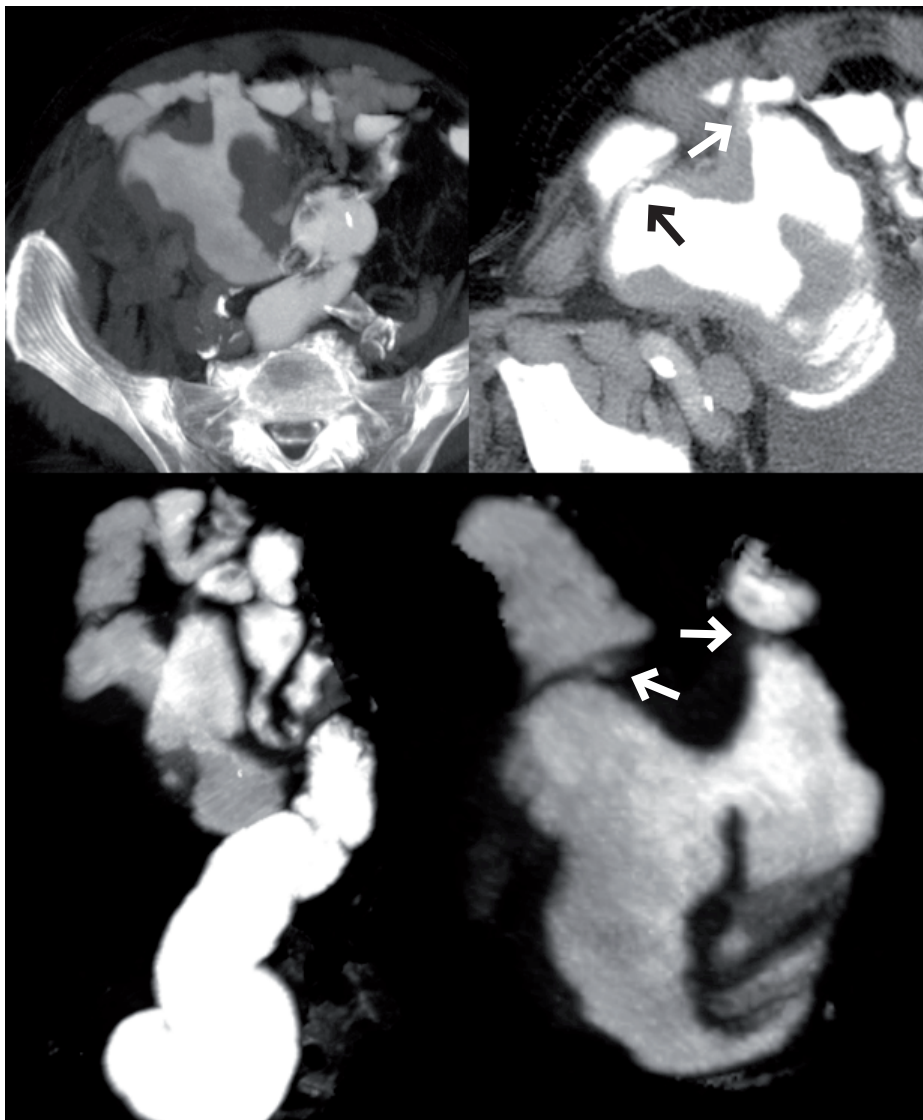


Figura 1 - As reconstruções multiplanares são úteis para melhor identificar as relações entre esta massa e as ansas de delgado. Observam-se dois pontos de contato com ansa delgada (setas), uma das quais não era perceptível nos cortes axiais (seta preta).

<sup>1</sup>Interno do Internato Complementar de Radiologia, serviço de Imagiologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., Amadora, Portugal  
 ✉ericuedespinto@gmail.com

<sup>2</sup>Interno do Internato Complementar de Cirurgia Geral, serviço de Cirurgia Geral 3B do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., Amadora, Portugal

<sup>3</sup>Assistente Hospitalar Graduada de Radiologia, serviço de Imagiologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E., Amadora, Portugal

Recebido 10/10/12; Aceite 21/12/12

Ao exame ecográfico a mesma lesão acima referida, apresenta-se marcadamente hipocogénica com lúmen preenchido. O componente sólido não apresenta sinal de Doppler.

O presente caso clínico foi discutido em reunião multidisciplinar oncológica e foram consideradas como hipóteses diagnósticas mais prováveis: neoplasia maligna primária e linfoma [1, 2, 3].

A importância deste diagnóstico diferencial é crucial, sobretudo em contexto de linfoma, dada as opções terapêuticas assentarem em quimioterapia, não havendo necessidade de cirurgia [1, 2, 3].

Perante o caso clínico e hipóteses de diagnóstico foi tomada opção de obtenção de confirmação histológica prévia.

Assim, efectuou-se biópsia ecoguiada não só de adenomegália da região inguinal, como também da referida massa descrita nos anteriores exames complementares de diagnóstico

[4]. A avaliação histológica revelou linfoma não Hodgkin de fenótipo B, de natureza ileal com presença de neoplasia maligna linfóide, positivo para vimentina, CD45, CD79, CD30, Bcl5 e Pax5. Este perfil corresponde a linfoma não Hodgkin do tipo B difuso de grandes células e variante anaplásica [5].

Perante este contexto, o caso clínico voltou novamente a ser alvo de debate em reunião multidisciplinar. De facto, após análise do mesmo, determinou-se ressecção cirúrgica.

Efetivamente, o presente caso, apresenta considerável importância, pois demonstra como numa abordagem multidisciplinar, um procedimento pouco frequente como seja a biópsia de parede intestinal, foi realizado com segurança e permitiu chegar ao diagnóstico histológico e planear a subsequente abordagem cirúrgica, obviando tempo e custos entre a entrada do doente no serviço de urgência e o seu tratamento final.

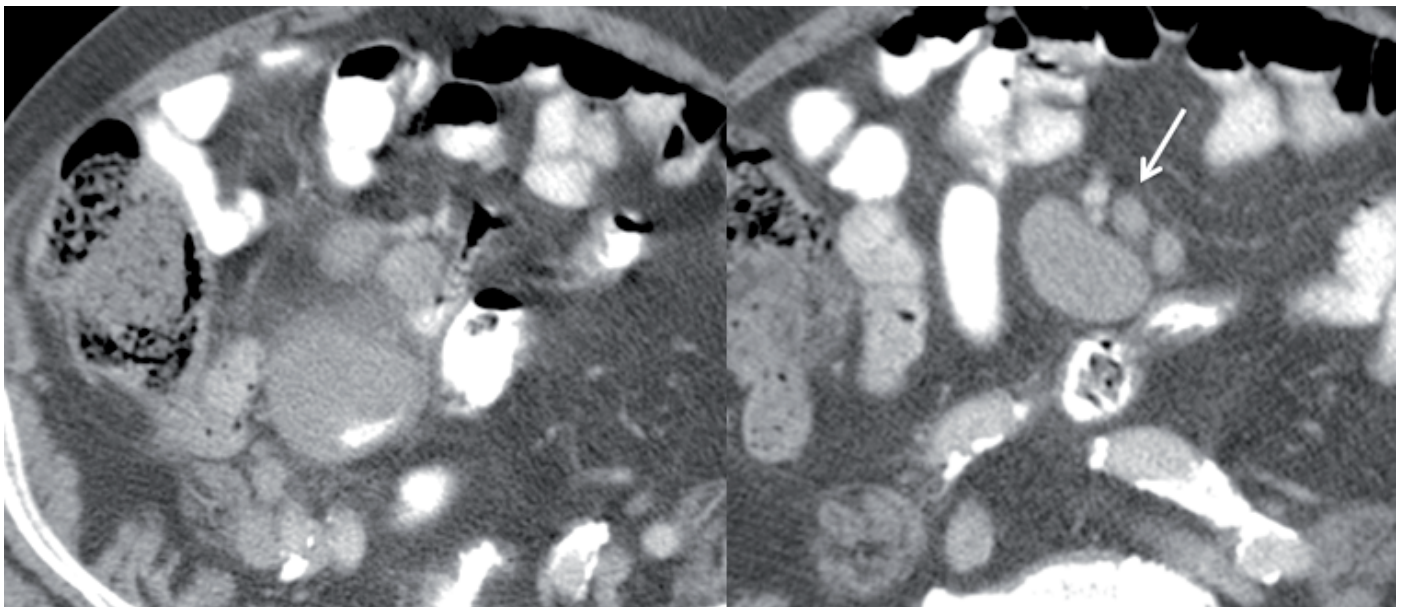


Figura 2 - Em topografia mediana adjacente à massa observam-se adenomegalias suspeitas na raiz do mesentério, a maior das quais medindo cerca de 37mm de maior eixo.

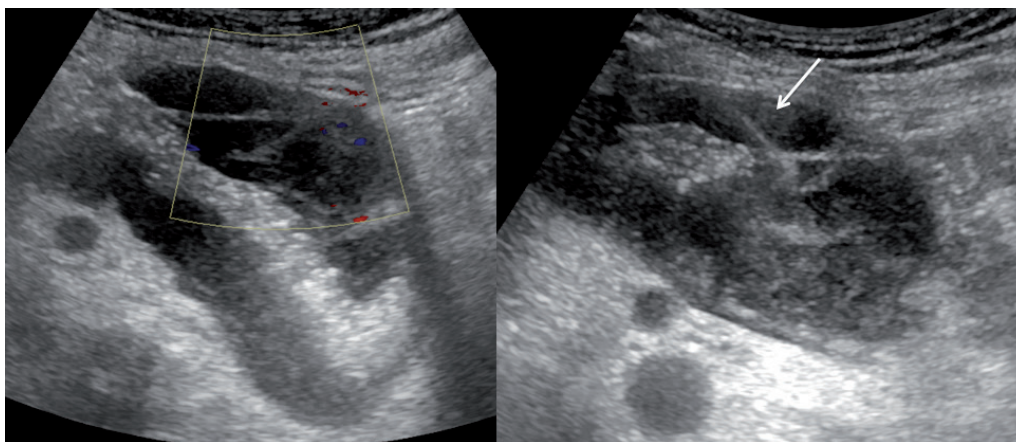


Figura 3 - Ecograficamente observa-se marcado espessamento parietal hipocóico de ansa intestinal. Foi efetuada biópsia sob controlo ecográfico. É importante visualizar o trajeto da agulha em tempo real (seta) de forma a minimizar os riscos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Serour F, Dona G, Birkenfield S, Balassiano M, Krispin M. Primary neoplasms of the small bowel. *J Surg Oncol* 1992;49:29–34.
2. Levine MS, Rubesin SE, Pantongrag-Brown L, Buck JL, Herlinger H. Non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract: radiographic findings. *AJR Am J Roentgenol* 1997;168:165–172.
3. Ghai S, Pattison J, et al. Primary Gastrointestinal Lymphoma: Spectrum of Imaging Findings with Pathologic Correlation. *Radiographics* 2007; 27:1371–1388.
4. Carson BW, Brown JA et al. Ultrasonographically Guided Percutaneous Biopsy of Gastric, Small Bowel, and Colonic Abnormalities: Efficacy and Safety. *J Ultrasound Med* 1998;17:739–742.
5. Stein H, Foss HD, et al. CD30+ anaplastic large cell lymphoma: a review of its histopathologic, genetic, and clinical features. *Blood Journal*; 2000 96: 3681-3695.