



---

---

## RELATO DE CASO

---

---

### LINFOMA DUODENAL PRIMÁRIO DE CÉLULAS B EM PACIENTE COM VÍRUS DA IMUNUDOFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO

#### PRIMARY DUODENAL B-CELL LYMPHOMA IN PATIENT WITH HUMAN IMMUDOFICIENCY VIRUS: CASE REPORT

Aline Falqueto Pelandré<sup>1</sup>  
Gustavo Lemos Pelandré<sup>2</sup>  
Marcele Gnata Vier<sup>3</sup>  
Murilo Ramos Costa<sup>4</sup>

#### RESUMO

O linfoma gastrointestinal primário é muito raro, sendo em sua grande maioria de linhagem de células B. A incidência tem aumentado nos últimos anos devido a uma variedade de fatores, particularmente o aumento da incidência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Neste relato será descrito um caso de linfoma duodenal primário em paciente de 54 anos com HIV, manifestando-se como massa retroperitoneal e dilatação duodenal na tomografia computadorizada.

**Descritores:** Linfoma relacionado a AIDS. Neoplasias duodenais.

#### ABSTRACT

Primary gastrointestinal lymphoma is very rare and is mostly B-cell line. The incidence has increased in recent years due to a variety of factors, particularly the increased incidence of human immunodeficiency virus (HIV) infection. In this report we will describe a case of primary duodenal lymphoma in a 54-year-old patient with HIV, manifesting as retroperitoneal mass and duodenal dilation on computed tomography.

**Keywords:** Lymphoma, AIDS-related. Duodenal neoplasms.

#### INTRODUÇÃO

O linfoma do intestino delgado representa um grupo heterogêneo de neoplasias, com manifestações clínicas, prognóstico, características histológicas e radiológicas variáveis. O trato gastrointestinal é o sítio extranodal mais comumente envolvido pelo linfoma, sendo responsável por 5 a 20% de todos os casos. O linfoma gastrointestinal primário, no entanto, é muito raro, constituindo

---

<sup>1</sup>Médica residente em Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: lilifalqueto@hotmail.com

<sup>2</sup>Doutor em Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Professor Adjunto do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: gustavo.pelandre@ufsc.br

<sup>3</sup>Especialista em Cancerologia Clínica. Preceptora do Programa de Residência Médica em Medicina Interna do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, São José, SC, Brasil. E-mail: marcelevier@yahoo.com.br

<sup>4</sup>Médico residente em Clínica Médica do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes, São José, SC, Brasil. E-mail: muriloramos23@gmail.com



apenas cerca de 1% a 4% de todas as doenças malignas gastrointestinais <sup>(1)</sup>. A incidência de linfoma não-Hodgkin tem aumentado devido a uma variedade de fatores ambientais e exógenos, particularmente o aumento da incidência de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) <sup>(2)</sup>. Neste relato será descrito um caso de linfoma duodenal primário em paciente com HIV, ressaltando-se os aspectos de imagem mais típicos.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 54 anos, deu entrada no serviço de emergência com quadro de dor abdominal em faixa, náuseas e vômitos há dois dias. Ao exame físico, apresentava regular estado geral e dor a palpação do epigástrio e hipocôndrio direito. Referia ser portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV), sem acompanhamento ou tratamento em curso. Os exames laboratoriais evidenciaram leucopenia importante, com CD4 de 24 células/mm<sup>3</sup> e carga viral de 24.000 cópias.

Realizada tomografia computadorizada do abdome que evidenciou volumosa formação expansiva heterogênea de limites mal delimitados, hipovascular, medindo cerca de 8,5 cm, localizada entre a segunda e a terceira porção do duodeno (Figura 1), bem como espessamento parietal concêntrico das paredes duodenais (segunda e terceira porção), determinando dilatação fusiforme do mesmo (Figura 2). A lesão determinava dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas, sem dilatação do ducto pancreático. O baço apresentava duas lesões nodulares hipodensas de aspecto infiltrativo medindo até 2,0 cm (Figura 3). Notavam-se ainda linfonodomegalias retroperitoneais.

A paciente foi submetida a endoscopia digestiva alta que evidenciou lesão infiltrativa com consistência endurecida a partir da segunda porção duodenal, promovendo compressão da luz e impossibilitando a progressão da sonda (Figura 4). Efetuada biópsia endoscópica que identificou neoplasia hematopoiética maligna, caracterizada por células linfóides grandes e atípicas, apresentando nucléolos proeminentes e frequentes figuras de mitose, em padrão difuso de crescimento. O estudo imunohistoquímico revelou expressão de CD20 e elevado índice de proliferação (Ki-67), achados compatíveis com linfoma difuso de grandes células B.

Durante a internação, a paciente evoluiu com síndrome colestática, febre, instabilidade hemodinâmica e óbito por sepse de foco abdominal.

## DISCUSSÃO

Os tumores malignos primários do intestino delgado são muito raros, representando cerca de 2% de todas as neoplasias gastrointestinais, apesar de a mucosa do intestino delgado abranger cerca de 90% de toda área luminal do sistema digestivo <sup>(1,3)</sup>. O linfoma constitui 15-20% de todas as neoplasias do intestino delgado e 20-30% de todos os linfomas gastrointestinais primários. O Íleo distal é o local



mais acometido (60-65%) devido a maior quantidade de tecido linfóide nessa porção do intestino, seguido por jejuno (20-25%), duodeno (6-8%) e outros locais (8-9%) <sup>(1,2)</sup>.

A apresentação clínica do linfoma do intestino delgado é inespecífica e os pacientes apresentam sintomas como dor abdominal em cólica, náuseas, vômitos, perda de peso e sintomas obstrutivos raramente agudos, intussuscepção, perfuração ou diarreia <sup>(1)</sup>.

Histopatologicamente, quase 90% dos linfomas gastrointestinais primários são de linhagem de células B, com muito poucos linfomas de células T e linfoma de Hodgkin <sup>(1)</sup>. Os fatores de risco envolvidos na patogênese do linfoma gastrointestinal incluem infecção por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), vírus da imunodeficiência humana (HIV), doença celíaca, *Campylobacter jejuni* (*C. jejuni*), vírus Epstein-Barr (EBV), hepatite B (HBV), vírus-1 T linfotrópico humano (HTLV-1), doença inflamatória intestinal e imunossupressão <sup>(4)</sup>.

Os achados tomográficos do linfoma de células B do intestino delgado incluem: massa volumosa circunferencial na parede intestinal, frequentemente com extensão ao mesentério do intestino delgado e aos linfonodos regionais. O tumor pode envolver um segmento relativamente longo do intestino, podendo haver ulceração e perfuração do mesmo. A dilatação aneurismática do lúmen pode ser observada devido à substituição da musculatura própria e à destruição do plexo nervoso autônomo pelo tumor. Como em outros locais de envolvimento linfomatoso, a obstrução é incomum no intestino delgado, uma vez que o tumor não provoca uma resposta desmoplásica, embora menos comumente a aparência radiológica do linfoma possa imitar a do adenocarcinoma com obstrução intestinal <sup>(2)</sup>.

O linfoma de células B geralmente se apresenta como um linfoma de comportamento agressivo, evoluindo ao longo de meses e resultando em doença sintomática, iminentemente fatal sem tratamento. Entretanto, pode ser curado com imunoterapia na maioria dos pacientes, mesmo nos casos mais avançados <sup>(5)</sup>.

## CONCLUSÃO

Estudos prévios indicam que mais da metade (52%) dos pacientes diagnosticados com linfoma do intestino delgado possuem o vírus HIV, contudo, os achados radiográficos não demonstram diferenças significativas entre os pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e os imunocompetentes <sup>(6)</sup>. Desta forma, os dados clínicos em conjunto com os achados de imagem têm importância fundamental para o diagnóstico precoce e melhora do prognóstico destes pacientes, que costuma ser favorável naqueles adequadamente tratados.



## REFERÊNCIAS

1. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World journal of gastroenterology*. 2011; 17 (6): 697-707.
2. Ghai S, Pattison J, Ghai S et al. Primary gastrointestinal lymphoma: spectrum of imaging findings with pathologic correlation. *Radiographics*. 2007;27 (5): 1371-88.
3. Schottenfeld D, Beebe-Dimmer JL, Vigneau FD. The epidemiology and pathogenesis of neoplasia in the small intestine. *Ann Epidemiol*. 2009;19:58–69
4. Engels EA. Infectious agents as causes of non-Hodgkin lymphoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007;16:401–4.
5. Sehn LH, Gascoyne RD. Diffuse large B-cell lymphoma: Optimizing outcome in the context of clinical and biologic heterogeneity. *Blood*. 2015;125:22-32
6. Balthazar EJ, Noordhoorn M, Megibow AJ et-al. CT of small-bowel lymphoma in immunocompetent patients and patients with AIDS: comparison of findings. *AJR Am J Roentgenol*. 1997;168 (3): 675-80.

## FIGURAS

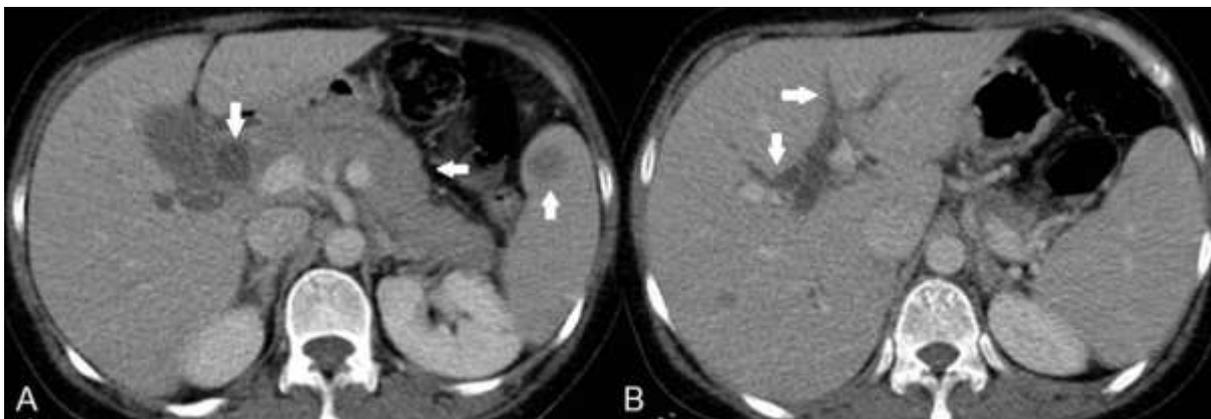
**Figura 1** – Tomografia computadorizada do abdome superior com contraste intravenoso mostrando volumosa lesão expansiva retroperitoneal hipovascular (seta) localizada entre a segunda e a terceira porção do duodeno.



**Figura 2** – Tomografia computadorizada do abdome superior com contraste intravenoso mostrando espessamento parietal concêntrico da terceira porção do duodeno, determinando dilatação fusiforme de aspecto “aneurismático”.



**Figura 3 (A,B)** – Tomografia computadorizada do abdome superior com contraste intravenoso. A: dilatação do colédoco distal (seta à esquerda), ausência de dilatação do ducto pancreático (seta central) e lesão hipodensa de aspecto infiltrativo no baço (seta à direita). B: dilatação de vias biliares intra-hepáticas (setas).





**Figura 4** – Endoscopia digestiva mostrando lesão infiltrativa na segunda porção duodenal, promovendo compressão da luz e impossibilitando a progressão da sonda.

