CDU 616.411-006

# TUMOR PRIMÁRIO DE BAÇO APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN LINFOMA MALIGNO TIPO HISTIOCÍTICO

EDU NOGUÊS DE FREITAS*
CLÁUDIO MOSS**
PAULO FRIEDMANN***
FREDERICO BOFFO****
EDISON CAMARGO ROSWAG*****
CLAIR RODRIGUES TEIXEIRA******

## SUMÁRIO

O trabalho em questão tem o objetivo de expor o caso de um tumor primário de baço: linfoma maligno, do tipo histiocítico ou sarcoma de células reticulares. Como os tumores primários de baço são raros, os autores apresentam um caso e fazem uma revisão na literatura, com ênfase ao diagnóstico precoce e terapêutica, fundamental na patologia maligna.

PALAVRAS-CHAVE: Sarcoma de Células Reticulares, Sarcoma Reticuloendotelial, Reticulosarcoma.

## ABSTRACT

The work in the question has intend to demonstrate case of primary tumor of the spleen: malignant lymphoma histiocytic type or reticulum cell sarcoma. As a result of the tumor involving the spleen as the(or primary) site are rare the authors report a case supported in revise of the literature with emphasis for the precocious diagnosis and therapeutics, fundamental in the malignant pathology.

* Médico-Cirurgião da Sta. Casa do Rio Grande e FAHERG, Membro do Colégio Internacional dos Cirurgiões.
** Médico-Clínico Geral da Sta. Casa do Rio Grande e UTI.
*** Professor de Patologia da FURG.
**** Professor de Clínica Médica do Dep. de Medicina Interna.
***** Médico Residente R2 de Cirurgia Geral da FURG.
****** Doutoranda do 6º Ano de Medicina da FURG.

## INTRODUÇÃO

O linfoma maligno do tipo histiocítico é um linfoma Não-Hodgkin, composto predominantemente de histiócitos neoplásicos em vários estágios de maturação e diferenciação celular. É um câncer agressivo, radiossensível mas recidivante, quase sempre.

O linfoma histiocítico pode surgir como enfermidade localizada e ser passível de cura por cirurgia radical, mas via de regra tende a surgir em tecido linforreticular de muitas regiões quase desde o início.

Embora alguns tumores semelhantes foram considerados originados do baço, é difícil determinar se o tumor é uma verdadeira neoplasia primária deste órgão ou é meramente uma manifestação clínica e patológica de um linfoma já disseminado.

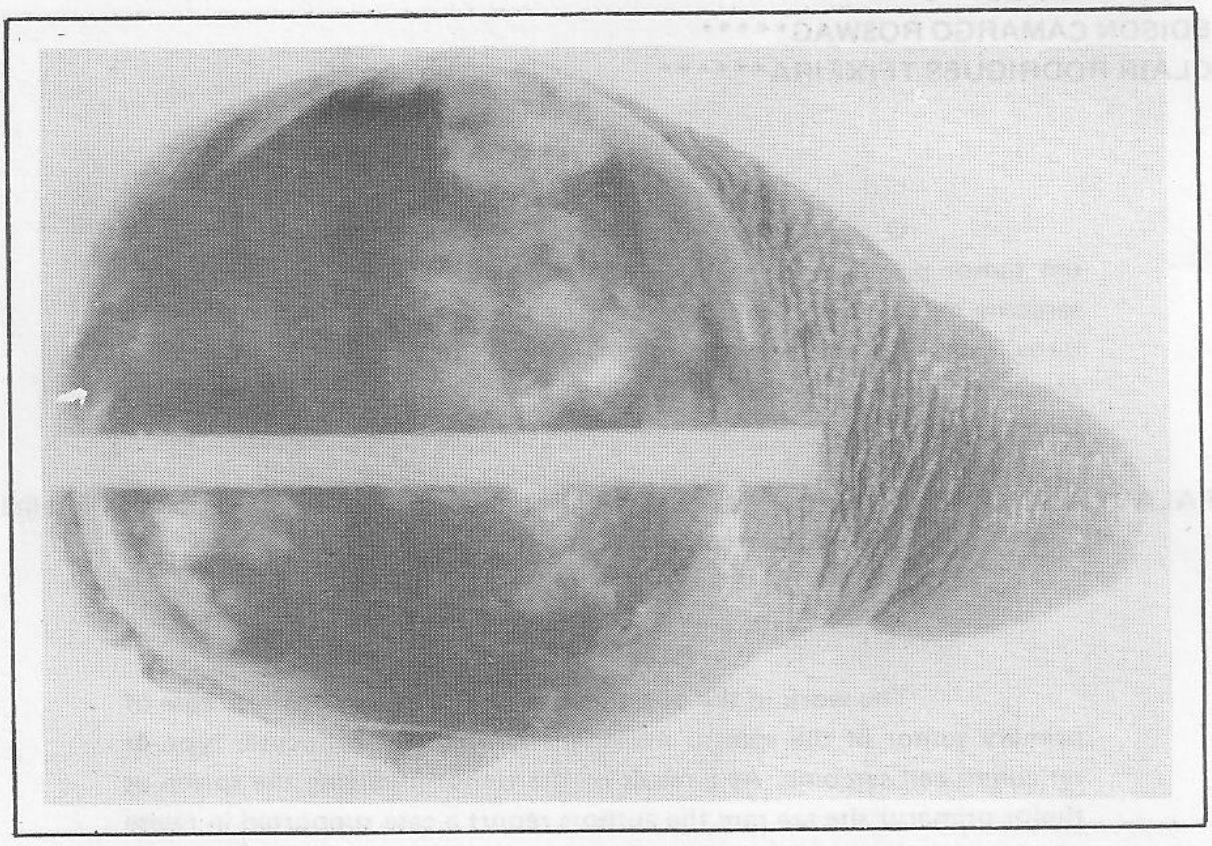

FIGURA 1 — Fotografia mostrando uma esplenomegalia moderada, devido a presença de uma volumosa massa tumoral desenvolvida no parênquima esplênico.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

M.T.S.R., mulher branca, de 45 anos de idade, com história clínica incluindo dor em quadrante superior esquerdo do abdome há 6 meses da admissão. Dor constante, irradiação para o hemitórax esquerdo, agravando com a

posição, não relacionada com traumatismos, acompanhada de perda de peso 10kg em 5 meses, anorexia, febre noturna (38,5 a 39 °C), sudorese noturna e mal-estar geral. No exame físico, massa palpável no quadrante superior esquerdo do abdome, extendendo-se a 6cm abaixo do rebordo costal esquerdo; borda do fígado palpável. Adenopatias ausentes e afebril. Não foram encontradas anormalidades na radiografia de tórax e exame de urina. Os exames laboratoriais na admissão revelaram o seguinte: hematócrito de 38%; hemoglobina 12,6g%; plaquetas 320.000/$mm^3$; leucócitos 12.100/$mm^3$ diferencial: neutrófilos 76%, linfócitos 21%, monócitos 1%, eosinófilos 2%, basófilos 0%. O tempo de protrombina foi de 11,5 s; KTTP 45 s; glicemia 91mg%, sódio 134mEq/1; potássio 3,7mEq/1; uréia 41mg% e creatinina 0,46mg%.

Realizada a ecografia abdominal que revelou aumento do baço com áreas de ecotextura irregulares no parênquima esplênico. Ao exame laparoscópico observou-se aumento do baço com pequenas depressões em sua superfície. A paciente foi submetida a laparotomia exploradora. O baço estava marcadamente aumentado de volume e aderente ao diafragma e parede abdominal lateral por aderências fibrosas.

O restante da cavidade abdominal era normal. A esplenectomia foi realizada sem complicações e a paciente tolerou bem o procedimento. O cirurgião não observou adenopatias no hilo esplênico. A recuperação pós-operatória não teve acontecimentos importantes e a paciente foi liberada no 9º pós-operatório.

FIGURA 2 — Fotografia da superfície de secção do baço, permitindo observar uma volumosa neoplasia de limites circunscritos polilobulados.

Ao exame macroscópico, o baço estava marcadamente aumentado, bosselado e hemorrágico, medindo 20 x 19 x 14cm e pesando 350 gramas. Na superfície de corte, o parênquima esplênico estava substituído em 2/3 por tecido tumoral branco-róseo (Figs. 1 e 2). Eram evidentes áreas centrais de necrose nodular. Eram encontradas delgadas bordas de parênquima esplênico normal em torno da massa tumoral. Nódulos linfáticos hilares não estavam comprometidos. Na microscopia o neoplasma celular era constituído por proliferação de células com núcleo volumoso, oval e cromatina grosseira ao redor do nucléolo ou aderida à membrana nuclear. Presença de áreas de necrose dispersas. Numerosas figuras de mitoses presentes e histiócitos neoplásicos com citoplasma abundante e vacuolizado (Figs. 3 e 4).

## DISCUSSÃO

O achado clínico mais significativo é a presença de massa abdominal palpável abaixo do rebordo costal esquerdo, geralmente a dor está presente por distensão da cápsula esplênica pelo crescimento do baço. Associado à mudança de hábito intestinal, anorexia, relacionados à expansão de massa abdominal. O caso descrito é de uma mulher com esta sintomatologia submetida a esplenectomia. O aumento do baço era causado pelo crescimento de massa tumoral no interior do parênquima esplênico. Embora a paciente tivesse perda de peso, febre e leucocitose, isto não significa que a doença é sistêmica, mas é compatível com alterações orgânicas do tumor: áreas centrais de necrose.

As neoplasias malignas primárias do baço ocorrem em menos de 1% dos pacientes com linfoma[2,3]. Dos linfomas malignos, o linfoma maligno tipo histiocítico[1] é o de pior prognóstico, por esta razão consideramos fundamental a investigação de uma esplenomegalia isolada e diagnóstico e terapêutica precoces. Infelizmente, o linfoma Não-Hodgkin pode ocorrer como doença localizada e quando rapidamente progressiva como doença sistêmica. Tem-se sugerido que a variedade esclerosante[3]; confere um melhor prognóstico[3]. Infelizmente, este caso não tem esclerose associada. Esta paciente está bem, sem evidência de doença maligna 3 meses após a esplenectomia e ganho de peso-5kg.

## BIBLIOGRAFIA


[1] DAS GUPTA. T.; COOMBES, B.; BRASFIELD, R. D. Primary malignant neoplasms of the spleen. Surg. Gynecol. Obstetr. 120, 947-960, 1965.

[2] MONTANARO, A. & PATTON, R.; Primary Splenic. Malignant Lymphoma, Histiocytic Type, With Sclerosis. Report of a Case with Long-Term Survival. Cancer 38, 1976.

[3] RAPPAPORT, H. Tumors of the Hematopoietc System; Malignant Lymphoma, Histiocytic Type; From the Armed Forces Institute of Pathology, 1966. F8, p. 114-115.