

# Adenocarcinoma túbulo-viloso invasivo e ulcerado de reto baixo em paciente com linfoma de zona marginal/linfoma linfoplasmocítico

Inferior rectum invasive ulcerated tubule-villous adenocarcinoma in patient with marginal zone lymphoma/lymphoplasmacytic lymphoma

Jorge Michel Antonopoulos<sup>1</sup>, Marcelo Tognato Ximenes<sup>1</sup>, João Vinicius de Alcântara Cheloni Souza<sup>1</sup>,  
Thiago da Silveira Manzione<sup>2</sup>, Fang Chia Bin<sup>3</sup>

## Resumo

Este estudo tem como objetivo apresentar o caso clínico raro de um paciente com linfoma de zona marginal/linfoma linfoplasmocítico, concomitantemente a um adenocarcinoma túbulo-viloso invasivo de reto baixo. Devido ao crescimento de múltiplas neoplasias em uma mesma região anatômica, optou-se por uma conduta conservadora, tendo o paciente evoluído estável e retornado às suas atividades cotidianas. A raridade do caso se dá em ocorrer em um mesmo sítio duas formas distintas de neoplasias e de o paciente ter um bom prognóstico devido a demorada velocidade de proliferação neoplásica, mesmo sendo incapaz de realizar tratamento cirúrgico.

**Descritores:** Cirurgia colorretal, Neoplasias colorretais, Oncologia, Adenocarcinoma, Linfoma, Adenoma viloso

## Abstract

This case report focus on a rare instance of a patient diagnosed with marginal zone lymphoma/lymphoplasmacytic lymphoma concomitant to an invasive low-rectum adenocarcinoma, both of which were located in the same anatomical region. Given that both types of neoplasia grew on the same region over time, at the diagnosis, it was defined to perform

conservative treatment. Rarity of the case lies on the fact that multiple types of cancer grew over the same region, making it unfeasible for surgical treatment. However, patient evolved well and asymptomatic, given its slow progression.

**Keywords:** Colorectal surgery; Colorectal neoplasms; Oncology; Adenocarcinoma; Lymphoma; Adenoma, villous

## Introdução

O câncer colorretal representa uma das neoplasias mais incidentes no Brasil e no mundo, sendo o reto atingido entre 30-57% dos casos. Acima de 50% dos pacientes recebem diagnóstico com o tumor já avançado e estima-se que 50% dos pacientes mantém sobrevida de até 5 anos. A maioria dos casos é composta por adenocarcinomas e para tratamento pode-se exigir a quimioterapia e radioterapia associadas à cirurgia<sup>(1-2)</sup>. De acordo com o INCA, a taxa de carcinoma colorretal é proporcionalmente maior nos grandes centros urbanos quando comparado às regiões rurais, e sua incidência tem aumentado nas últimas décadas.

A apresentação clínica desses pacientes costuma seguir três padrões. Pacientes com sinais e sintomas típicos; indivíduos assintomáticos que descobrem a doença por exames de triagem; pacientes admitidos em serviço de emergência por obstrução intestinal, peritonite. A inexistência de sintomas em estágios precoces da doença faz com que a grande maioria dos diagnósticos neste momento se dê por exames de rastreamento. Em contrapartida, dada a íntima relação dos sintomas com o crescimento do tumor, o início da sintomatologia se associa com estágios avançados da doença<sup>(3)</sup>.

A sintomatologia típica do câncer retal abrange o sangramento pelo reto (79%), mudança do hábito intestinal (66%), dor abdominal (60%), obstrução intestinal (44%), tenesmo (31%) e diarreia mucóide (24%). A mudança do calibre das fezes é observada em casos com crescimento luminal do tumor. Sinto-

1. Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - 6º ano do Curso de Graduação em Medicina

2. Médico Assistente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Departamento de Cirurgia - Serviço de Coloproctologia

3. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Departamento de Cirurgia

**Trabalho realizado:** Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Departamento de Cirurgia

**Endereço para correspondência:** Jorge Michel Antonopoulos. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Departamento de Cirurgia. Rua Dr. Cesário Mota Jr, 112 - Vila Buarque - 01221-020 - São Paulo - SP - Brasil

mas presentes, embora menos comuns, são distensão abdominal, náusea e vômito<sup>(3-4)</sup>.

O linfoma plasmocítico é uma neoplasia de células B, a qual se manifesta geralmente na sexta ou sétima décadas de vida. Representa menos de 5% dos linfomas não-Hodgkin e relaciona-se com infecção pelo vírus da hepatite C em até 26% dos casos. Em grande parte dos pacientes, o plasmócito secreta IgM monoclonal, podendo causar uma síndrome de hiperviscosidade denominada macroglobulinemia de Waldenström pela hipergamaglobulinemia<sup>(5-6)</sup>. Trata-se de um tumor indolente, isto é, de crescimento demorado, e que muitas vezes é assintomático. Recomenda-se nesses casos assintomáticos a conduta conservadora, uma vez que não foram observadas evidências de aumento na expectativa de vida bem como na qualidade de vida em pacientes assintomáticos que foram submetidos ao tratamento quando comparado aos pacientes não tratados<sup>(7)</sup>.

Tipicamente a medula apresenta um infiltrado difuso de linfócitos, plasmócitos e linfócitos plasmocitoides em diferentes proporções, frequentemente acompanhado por hiperplasia de mastócitos. Clinicamente o paciente apresenta queixas inespecíficas, como fadiga, perda de peso e fraqueza, sendo a anemia um achado comum. Aproximadamente 50% dos pacientes apresentam linfadenopatia, hepatomegalia e esplenomegalia<sup>(8-9)</sup>.

Pacientes que apresentam a macroglobulinemia de Waldenström, a qual se relaciona com tumores secretores de IgM, cursam com hemorragia, pelo consumo de fatores de coagulação na formação de complexos com as macroglobulinas, prejuízo visual, causado pela congestão venosa na retina, alterações neurológicas, pela diminuição da velocidade do fluxo sanguíneo decorrente da precipitação da macroglobulinas quando em temperaturas baixas, caracterizada pelo fenômeno de Raynaud<sup>(5,10-11)</sup>. O crescimento do tumor pode ser controlado com drogas quimioterápicas e imunoterapia, porém a doença é incurável. A transformação para linfoma de grandes células possível, no entanto é incomum<sup>(6,12)</sup>.

## Descrição do caso

Paciente F.S.D, 75 anos, sexo masculino, natural de MG e procedente de SP, taxista, com antecedentes de tabagismo (72 anos-maço), diabetes mellitus em uso de metformina, pirose, catarata e perda de acuidade auditiva bilateralmente.

Procurou assistência médica em 2006 por queixa inespecífica de dor abdominal, em região hipogástrica, caracterizada por ser em pontada, de início insidioso, sem irradiação, intermitente, sem febre ou vômitos. Não houve na ocasião a progressão na investigação.

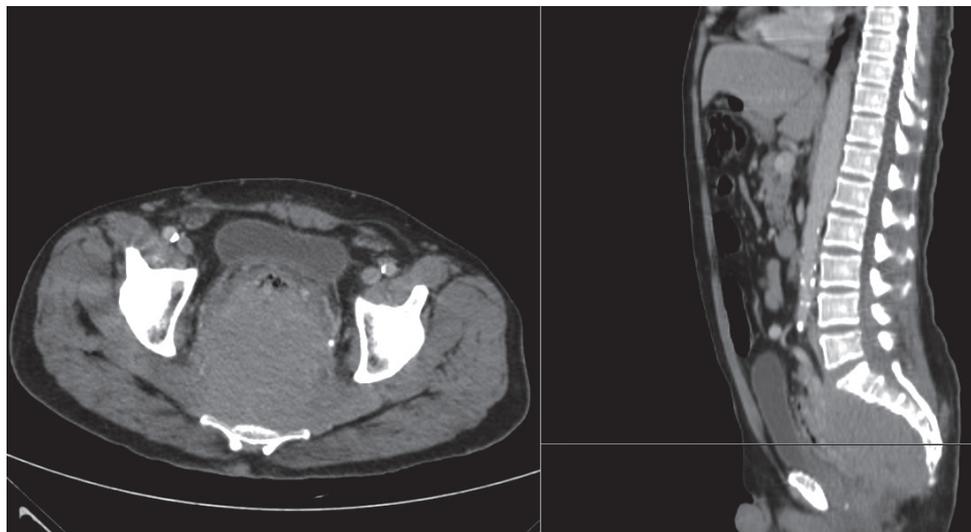
Um ano após o início dos sintomas, em outro serviço, foram solicitados tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética, que evidenciaram uma massa na região pélvica. Realizada biópsia que acusou neoplasia do tipo linfoma de pequenas células. Foi então encaminhado ao nosso serviço para avaliação de equipe de oncologia, a qual indicou tratamento quimioterápico. Durante o tratamento evoluiu com melhora da dor, sem perda significativa do peso. Manteve-se entre 2006 e 2016 com uma piora progressiva, embora inespecífica, da dor abdominal.

Em 2016, após sintomatologia de sangramento pelo reto, mudança do hábito intestinal, mudança no padrão da dor abdominal, passando a ser hipogástrica e supra-púbica, em pontada, com irradiação para membros inferiores e lombar, tenesmo e diarreia mucóide, foi submetido à colonoscopia com biópsia de lesão, que evidenciou um adenocarcinoma túbulo-viloso invasivo e ulcerado de reto baixo, com presença de lesão vegetoinfiltrativa friável, que se estendia aproximadamente 4 cm acima da linha pectínea. Referiu perda de 9 kg em 8 meses, mantendo na ocasião IMC de 25,1. Além disso, apresentou também recidiva do linfoma, de zona marginal / linfoplasmocítico (Bulky pélvico). Ao exame físico do acompanhamento ambulatorial, referiu apenas dor a palpação profunda de região hipogástrica, sem demais alterações ou queixas.

Ao acompanhamento ambulatorial com equipe de coloproctologia, a partir de 2016, foram solicitados novos exames laboratoriais e de imagem. Tanto a ressonância magnética quanto a tomografia computadorizada de pelve evidenciaram uma lesão expansiva, em região pélvica, ocupando o espaço pré-sacral e mesorreto posterior, não sendo observados planos de clivagem e com sinais de infiltração dos planos musculares. Além disso, foi realizada uma colonoscopia no ano seguinte, que mostrou compressão extrínseca em reto médio e baixo, com lesão vegetoinfiltrativa acima da linha pectínea. Estudo imunohistoquímico realizado também na ocasião, mostrou infiltração medular por processo linfoproliferativo, sendo aventada hipótese de linfoma (de zona marginal ou linfoplasmocítico). Exames laboratoriais mostraram uma evolução crescente e discreta dos valores do CEA e de beta-2-microglobulina, que são esperados respectivamente no carcinoma de reto e linfoma. A seguir, corte da tomografia evidenciando a expansão das lesões e seu acometimento de um mesmo sítio, sem plano de clivagem.

## Discussão

Nos últimos anos países como o Brasil tem observado a transição demográfica, que se caracteriza pelo aumento da sobrevida populacional, pelas melhores



**Figura 1** - Tomografia computadorizada de abdome. No corte longitudinal (à direita) é possível observar o acometimento do linfoma, anteriormente à região sacral. No corte transversal (à esquerda), observa-se a compressão que o linfoma exerce sobre a região abdominal inferior, próximo ao colo esquerdo e reto, sem plano de clivagem.

condições médico-sanitárias, levando a redução da mortalidade e aumento da expectativa de vida. Assim sendo, o que antes era pouco observado, hoje torna-se mais comum no contexto médico. Doenças neoplásicas aumentaram em grande parte devido ao aumento na quantidade de pessoas mais velhas.

Embora hoje já sejam consideradas comuns, muitas neoplasias merecem estudos diferenciados pela forma em que se desenvolvem, como foi com o caso apresentado. Tanto o linfoma quanto o carcinoma colorretal não são doenças incomuns, muito pelo contrário, são inclusive mais comuns em grandes cidades como São Paulo, onde foi feito o estudo. Contudo, o que torna este caso particular é o modo como ambas as neoplasias se comportaram no paciente estudado.

Ao acometer o mesmo sítio anatômico, o que antes se tratava de duas neoplasias comuns, tornou-se algo único para este paciente. Como resultado de ocorrer uma dupla infiltração neoplásica de diferentes origens celulares, uma de origem linfocitária e outra de origem epitelial, observou-se um crescimento misto, impossibilitando a delimitação de um plano de clivagem, ao se considerar o tratamento cirúrgico. Além disso, devido o linfoma ser recidivante, opções quimioterápicas não teriam um mesmo resultado efetivo.

O caso foi discutido em conjunto com as equipes de oncologia e coloproctologia, sendo optado pelo tratamento conservador. Esta opção de tratamento levou em consideração o fato de não haver planos de clivagem cirúrgica, por um lado, e por outro de não haver um tratamento quimioterápico eficaz. Além disso, levou-se em consideração o contexto do paciente, avaliando-se os potenciais riscos cirúrgicos pelas demais comorbidades e pela idade avançada.

Ao se observar a lenta evolução tanto do linfoma quanto do adenocarcinoma de reto, bem como o fato de o paciente não ter relatado queixas (portanto assintomático), a conduta conservadora mostrou-se como a melhor opção para o paciente, evitando riscos cirúrgicos bem como os efeitos colaterais de um tratamento quimioterápico que por sua vez não traria muitos benefícios em troca.

### **Comentários Finais**

A revisão literária não evidenciou nenhum outro caso na literatura de um acometimento simultâneo e em mesma região anatômica de duas neoplasias distintas: um linfoma e um adenocarcinoma de reto. Embora sejam, isoladamente, neoplasias muito comuns na população em geral, e principalmente em indivíduos mais velhos, conjuntamente são pouco observados.

Assim sendo, a importância deste artigo refere-se tanto à raridade do caso bem como a conduta adotada pelas equipes que acompanharam o paciente. De forma geral, conclui-se que a clínica do paciente é soberana sobre os demais achados. Sob os exames de imagem e pela história progressiva, a princípio tratava-se de um caso que muitos especialistas dariam um prognóstico ruim ao paciente. Contudo, observou-se que mesmo com duas neoplasias, o paciente encontrou-se assintomático e perfeitamente capaz e independente para realização de suas atividades de vida diárias (AVDs), e que a melhor forma de abordar um caso similar é de observar principalmente as queixas do paciente.

Ambas as neoplasias são de progressão lenta, e mostraram-se indolentes nos últimos 5 anos de acompanhamento. Assim sendo, optou-se pelo tratamento

sintomático do paciente e por evitar tratamentos agressivos que poderiam repercutir em redução da qualidade de vida do paciente sem garantir resultados satisfatórios ao mesmo. O que se mostrou curioso neste caso foi a concomitância anatômica de distintos tipos neoplásicos, que com certeza mereceriam melhores investigações nos campos moleculares e genéticos, mas que fogem do escopo de um relato de caso.

## Referências

1. Santos Jr JCM. Tratamento coadjuvante do câncer do reto: I - Radioterapia pré-operatória. *Rev Bras Colo-Proct*. 1997; 17(1):69-73.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer. O problema do câncer no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1997. 60p.
3. Saidi HS, Karuri D, Nyaim EO. Correlation of clinical data, anatomical site and disease stage in colorectal cancer. *East Afr Med J*. 2008; 85(6):259-62.
4. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(1):7-30.
5. Vitolo U, Ferreri AJM, Montoto S. Lymphoplasmacytic lymphoma-Waldenström's macroglobulinemia. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2008; 67(2):172-85.
6. Abbas AK, Kumar V, Fausto N. Robbins & Cotran - Patologia - Bases patológicas das doenças. In: Abbas AK, Kumar V, Fausto N. Doenças de leucócitos, linfonodos, baço e timo. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010. p. 597-646.
7. Coimbra S, Neves R, Lima M, Belo L, Santos-Silva A. Waldenström's macroglobulinemia - a review. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(5):490-9.
8. Ky AJ, Sung MW, Milsom JW. Research in colon and rectal cancer, with an emphasis on surgical progress. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42(11):1369-80.
9. Williams NS. Colorectal cancer: epidemiology, aetiology, pathology, clinical features and diagnosis. In: Keighley MR, Williams NS, editors. *Surgery of the anus, rectum and colon*. London: WB Saunders; 1993. p. 830-85.
10. Moreno CC, Mittal PK, Sullivan PS, Rutherford R, Staley CA, Cardona K, et al. Colorectal cancer initial diagnosis: screening colonoscopy, diagnostic colonoscopy, or emergent surgery, and tumor stage and size at initial presentation. *Clin Colorectal Cancer*. 2016; 15(1):67-73.
11. Moiel D, Thompson J. Early detection of colon cancer - The Kaiser Permanente Northwest 30-year history: how do we measure success? Is it the test, the number of tests, the stage, or the percentage of screen-detected patients? *Perm J*. 2011; 15(4):30-8.
12. Mugnaini EN, Ghosh N. Lymphoma. *Prim Care*. 2016; 43 (4):661-75.

---

Trabalho recebido: 05/10/2017

Trabalho aprovado: 22/08/2018

Trabalho publicado: 10/12/2018