



CASO CLÍNICO

Linfoma intestinal em doente tratada com metotrexato (caso clínico)

Ana Nunes^{a,*}, Ana Vieira^a, Paula Borralho^b, Miguel Ramalho^c e João de Freitas^a

^a Serviço de Gastreterologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

^b Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

^c Serviço de Radiologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Recebido a 27 de maio de 2011; aceite a 9 de setembro de 2011

Disponível na Internet a 29 de junho de 2012

PALAVRAS-CHAVE

Doença de Crohn;
 Linfoma intestinal;
 Imunossupressão;
 Metotrexato;
 Artrite reumatóide

KEYWORDS

Crohn's disease;
 Intestinal lymphoma;
 Immunosuppression;
 Methotrexate;
 Rheumatoid arthritis

Resumo A imunossupressão prolongada e as doenças inflamatórias crónicas são reconhecidos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças linfoproliferativas. Estas podem, na fase inicial, ter manifestações clínicas pouco exuberantes, obrigando a uma especial atenção para a sua deteção precoce.

Apresenta-se o caso de uma mulher de 69 anos, com passado de cirurgia e radioterapia pélvicas por adenocarcinoma do endométrio e com artrite reumatóide, tratada com metotrexato e prednisolona, referenciada à consulta por dor abdominal. A dor, inicialmente difusa e posteriormente localizada na fossa ilíaca direita (FID), acompanhava-se de astenia, anorexia e perda ponderal. Havia anemia e elevação da velocidade de sedimentação. A colonoscopia mostrou úlcera no cego e ulcerações superficiais no íleon terminal que foram biopsadas, tendo sido sugerido o diagnóstico de doença de Crohn. Verificou-se agravamento clínico com perda ponderal acentuada, episódios de suboclusão intestinal e aparecimento de massa na FID. Após realização de enterografia por ressonância magnética (RM) e nova colonoscopia, foi estabelecido o diagnóstico de linfoma B difuso de grandes células. A doente suspendeu a imunossupressão e foi submetida a quimioterapia sistémica com R-CHOP, tendo sido conseguida remissão completa.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Gastreterologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Intestinal lymphoma in a patient on methotrexate treatment (clinical case)

Abstract Long-term immunosuppressive therapies and chronic inflammatory diseases are both recognized as risk factors for the development of lymphoproliferative disorders. These can progress without obvious symptoms, delaying diagnosis and treatment.

We describe a 69 year-old female, with a past history of hysterectomy and radiation therapy for endometrial carcinoma, on immunosuppressive treatment with methotrexate and prednisolone due to long-standing rheumatoid arthritis. She was referred to the Gastroenterology

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: anasanunes@gmail.com (A. Nunes).

Outpatient Clinic due to diffuse abdominal pain, with weight loss, anorexia and weakness. The pain became located at the right lower quadrant. A moderate anemia was found, and the colonoscopy showed an ulcer at the cecum and superficial ulcerations in the distal ileum. Biopsies were compatible with Crohn's disease. Symptoms worsened, with marked weight loss and subocclusion episodes. A right lower abdominal mass was found. Additional investigations (MRI enterography and colonoscopy) disclosed a diffuse large-cell B lymphoma. Immunosuppression was stopped and chemotherapy (R-CHOP) was started. Complete remission was achieved.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

Quer a imunossupressão prolongada, quer as doenças inflamatórias crônicas são reconhecidas como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças linfoproliferativas^{1,2}. As doenças linfoproliferativas neste contexto podem ter manifestações iniciais incomuns e pouco exuberantes, obrigando a especial atenção para a sua detecção precoce, já que o atraso no diagnóstico compromete a eficácia da terapêutica e, conseqüentemente, o prognóstico.

Caso clínico

Uma mulher de 69 anos de idade foi referenciada à consulta por dor abdominal. Referia, desde há um ano, dor abdominal difusa, tipo moimha, de intensidade moderada, sem fatores de agravamento ou alívio, sem relação com as refeições, acompanhada de astenia, anorexia e perda ponderal não quantificada. A dor localizou-se gradualmente na fossa ilíaca direita, com sensação de distensão. Negava vômitos, diarreia, obstipação, perdas hemáticas, queixas geniturinárias ou febre.

A doente era hipertensa e tinha o diagnóstico de artrite reumatóide (AR) desde há 25 anos. Dezanove anos atrás fora submetida a histerectomia total e anexectomia bilateral, seguida de radioterapia, por adenocarcinoma do endométrio com invasão do miométrio. Na consulta de reumatologia tinham sido prescritos prednisolona (7,5 mg/dia, PO) e metotrexato (7,5 mg/semana, PO), que tomava há vários anos. Estava também medicada com piracetam, acetaminofeno, furosemida, ácido acetilsalicílico, irbesartan, risedronato de sódio e omeprazol. Referia alergia ao contraste iodado e negava antecedentes familiares relevantes. No exame físico havia a destacar índice de massa corporal (IMC) de 21,9 kg/m², deformação bilateral das articulações interfalângicas das mãos e um abdómen depressível, com desconforto à palpação da FID, sem defesa ou dor à decompressão, sem massas ou organomegalias.

Os exames analíticos entretanto efetuados mostravam anemia normocítica e normocrômica (hemoglobina: 10,1 g/dL) e velocidade de sedimentação (VS) de 41 mm na 1.^a hora; tinham sido realizadas ecografia abdominal (sem alterações relevantes) e endoscopia digestiva alta que revelou duodenopatia erosiva.

Discussão

Perante uma dor abdominal arrastada e incomum, que se localizou na FID, sem relação com os hábitos intestinais,

cursando com astenia e perda de peso, sem dados positivos relevantes no exame objetivo, e atendendo à idade da doente e à evolução insidiosa do quadro clínico, havia a considerar a neoplasia do cólon como hipótese de diagnóstico. Tendo em conta a anemia, a moimha na FID e a perda de peso, bem como a ausência de sintomatologia obstrutiva, de queixas proctológicas e de perdas hemáticas visíveis, a localização à direita seria mais provável. Embora improvável, o linfoma intestinal seria outra possibilidade diagnóstica dada a idade, a evolução indolente do quadro e os antecedentes pessoais, sabendo-se que há risco aumentado de linfoma em doentes com AR medicados com metotrexato durante longos períodos^{1,3-5}.

Havia um passado de cirurgia por adenocarcinoma do endométrio com radioterapia. Este tumor costuma ter um bom prognóstico. A recorrência, pouco frequente⁶, surge nos três primeiros anos, com metrorragia, corrimento vaginal, dor abdominal nos quadrantes inferiores e perda de peso, sendo, pois, pouco provável. Havia ainda a considerar as hipóteses de complicações tardias da cirurgia e da radioterapia, nomeadamente a presença de bridas e de enterite rídica crônica. A ausência de episódios oclusivos excluía a presença de bridas, mas a enterite rídica crônica, que atinge 5 a 15% dos doentes irradiados⁷, pode surgir anos depois da exposição: quando a irradiação atinge a região rectosigmoideia causa hemorragias, mucorreia ou queixas proctológicas; se é lesado o íleon pode causar oclusão, diarreia ou malabsorção. Nenhuma destas manifestações era evidente.

No diagnóstico diferencial havia também a considerar doenças funcionais, inflamatórias e infecciosas. A doente tinha perda de peso e não referia alteração dos hábitos intestinais, não apresentando critérios para o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável⁸. A doença de Crohn (DC) devia ser considerada: a moimha localizada na FID, a perda ponderal, a astenia, as alterações analíticas (anemia de doença crônica, aumento da VS) e a pobreza de achados objetivos apoiavam esta hipótese. Acresce que a doente tomava imunossuppressores, os quais poderiam ter atenuado sintomas ou moderado a atividade da DC. A possibilidade de causa infecciosa era improvável pela ausência de febre e de alterações dos hábitos intestinais. No entanto, atendendo à imunossupressão, às alterações analíticas e à prevalência local de tuberculose, esta hipótese não podia, contudo, ser excluída.

Caso clínico (continuação)

A doente realizou colonoscopia total com ileoscopia: a mucosa do cólon tinha aspeto atrofico, havia uma úlcera

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3311132>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3311132>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)