

ACOMETIMENTO UTERINO POR LINFOMA Genital (Feminino) e Oncologia

DADOS DO CASO

Autor: Andre Vaz - Hospital Pequeno Príncipe- PR; Fundação de Estudos das Doenças do Fígado Koutoulas Ribeiro;

Autor correspondente: Andre Vaz - Hospital Pequeno Príncipe- PR; Fundação de Estudos das Doenças do Fígado Koutoulas Ribeiro;

Palavras-Chave: Lymphoma, Neoplasms, Uterus, Diffusion Magnetic Resonance Imaging;

URL: <https://brad.org.br/article/4197/pt-BR/acometimento-uterino-porlinfoma>

DOI: 10.5935/2965-1980.2022v1n1a21

RESUMO

Mulher em acompanhamento por linfoma difuso de grandes células B apresenta acentuado metabolismo glicolítico envolvendo útero em tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT). Mediante o resultado do PET-CT, surgiu a necessidade de descartar outra malignidade ginecológica sincrônica.

HISTÓRICO CLÍNICO

Mulher de 71 anos foi encaminhada ao ambulatório da cirurgia geral devido a perda de peso (cerca de 12 kg em 2 meses), inapetência, sudorese noturna e aparecimento de linfonodomegalia inguinal esquerda indolor há alguns meses. Apresenta hipertensão arterial sistêmica em uso de carvedilol, aneurisma de aorta abdominal em acompanhamento, dislipidemia em uso de sinvastatina e ansiedade em uso de escitalopram e bromazepam. Ao exame físico, a paciente encontrava-se hipocorada(++/4) e desidratada(+/4). Palpavam-se linfonodomegalias inguinais, a maior à esquerda, esta com consistência fibroelástica, medindo cerca de 4 cm. A paciente foi encaminhada para biópsia do linfonodo inguinal esquerdo, a qual indicou neoplasia pouco diferenciada com elementos imuno-histoquímicos que sugeriram linfoma difuso de grandes células B. Em seguida, realizou-se biópsia de medula óssea, a qual não evidenciou sinais de malignidade, e tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT), a qual caracterizou múltiplas linfonodomegalias (acima e abaixo do diafragma) e esplenomegalia com captação do radiotraçador, bem com acentuado metabolismo glicolítico envolvendo útero com SUV máximo de 17,3 (Figura 1). Mediante o resultado do PET-CT, a equipe médica assistente procurou descartar outra malignidade ginecológica sincrônica e solicitou uma ressonância magnética (RM) do abdome e biópsia de colo uterino.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

ARM caracterizou esplenomegalia, múltiplas linfonodomegalias e útero com dimensões aumentadas e hipersinal miometrial difuso (Figura 2A e B). Nas sequências ponderadas em difusão (DWI), caracterizou-se restrição a difusão tanto nas linfonodomegalias, quanto no útero (Figura 2C). Foi realizada uma amputação do colo uterino para definição da etiologia da alteração uterina. A histopatologia evidenciou neoplasia pouco diferenciada (Figura 3) e o perfil imuno-histoquímico (Figura 4) sugeriu proliferação linfóide de células B com alto índice proliferativo (CD20+++/3, CD3 positivo em linfócitos de perifeiro, CD10 negativo, BCL-2 + e Ki67 70%). Apesar dos achados de imagem não serem específicos, a presença de hipersinal miometrial difuso observado nas sequências ponderadas em T2 com preservação do epitélio cervical e endometrial sugeriram o diagnóstico de infiltração uterina por linfoma. Em função da presença de doença sistêmica, as alterações ginecológicas da paciente foram classificadas como infiltração secundária de acordo com os critérios de Fox e More (vide discussão). Quanto a patologia do colo do útero, a expressão de CD20 e a presença de índice de proliferação do Ki-67 de 70% corroboraram com o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B com alto índice proliferativo.

DISCUSSÃO

DEFINIÇÃO: O linfoma consiste em uma doença linfoproliferativa com típico acometimento linfonodal e de tecidos linfóides [1]. Apesar de incomum, pode haver proliferação de células linfomatosas em praticamente qualquer órgão de linhagem não-linfóide. Tal condição denomina-se de linfoma extranodal e afeta sobretudo o trato gastrointestinal, seguido da cabeça e pescoço e da pele [1]. A estrutura mais acometida por linfoma no trato

genital feminino consiste no anexo, seguido pelo corpo e colo uterino e, menos comumente, vulva e vagina. O principal subtipo de linfoma não-Hodgkin identificado no trato genital feminino consiste no difuso de grandes células B (cerca de 45% dos casos), seguido do de Burkitt (cerca de 19%) [1].

ACOMETIMENTO DO TRATO GENITAL: O envolvimento do trato genital feminino por linfoma corresponde a uma manifestação extranodal, podendo ou não estar associada a doença disseminada [2,3]. Na vigência de doença sistêmica, o acometimento genital é considerado uma infiltração secundária por células linfomatosas e sua frequência é variável na literatura: a incidência de manifestações clínicas de envolvimento uterino (como sangramento) varia entre 0,4 e 5%, porém, nos indivíduos submetidos a necrópsia, observa-se uma incidência entre 40 e 50% [2,4].

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA: Os principais sintomas do comprometimento ginecológico por linfoma, quando presentes, incluem sangramento vaginal, desconforto perineal e leucorreia [5].

ACHADOS DE IMAGEM: Apesar dos achados de imagem não serem específicos [4], os seguintes aspectos sugerem o diagnóstico de comprometimento ginecológico por linfoma: (a) Útero apresentando dimensões difusamente aumentadas, contornos lobulados [4], realce variável pelo meio de contraste (captação heterogênea [6] ou hipocaptação [3]) e leve a moderado hipersinal miometrial difuso nas sequências ponderadas em T2, preservando o epitélio cervical e endometrial [5,6]; (b) Lesões anexiais expansivas uni ou bilaterais, sólido-císticas ou sólidas homogêneas [3,4], podendo haver leve realce pelo meio de contraste [7];

ACHADOS HISTOPATOLÓGICOS: Os principais elementos morfológicos do

linfoma difuso de grandes células B consistem em (a) células volumosas, (b) núcleos grandes redondos ou ovais, (c) cromatina aberta, (d) nucléolo proeminente e (e) padrão de crescimento difuso obliterando a arquitetura subjacente [8]. A imunohistoquímica demonstra expressão de CD19 e CD20, podendo ainda haver expressão de CD10 e BCL6 [8].

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Linfoma uterino primário: alteração do trato genital na ausência de doença sistêmica [1,3].

LISTA DE DIFERENCIAIS

Linfoma uterino primário

DIAGNÓSTICO

Linfoma difuso de grandes células B com alto índice proliferativo e estágio 4 de Ann Arbor

APRENDIZADO

O trato ginecológico pode estar comprometido no linfoma de forma primária (sem doença sistêmica) ou secundária (associado a doença sistêmica). O linfoma primário do trato genital feminino é extremamente raro, porém o envolvimento secundário é comum, principalmente em casos avançados. O diagnóstico de comprometimento uterino por linfoma deve ser considerado quando se observa hipersinal miometrial difuso nas sequências ponderadas em T2 com preservação do epitélio cervical e endometrial.

REFERÊNCIA

1. Paes FM, Kalkanis DG, Sideras PA, Serafini AN. FDG PET/CT of extranodal involvement in non-Hodgkin lymphoma and Hodgkin disease. *Radiographics* 2010; 30(1): 269-291.
2. Fox H, More JRS. Primary malignant lymphoma of the uterus. *Journal of clinical pathology* 1965; 18(6): 723-728.
3. Ahmad AK, Hui P, Litkouhi B, Azodi M, Rutherford T, et al. Institutional review of primary non-Hodgkin lymphoma of the female genital tract: a 33-year experience. *International Journal of Gynecological Cancer* 2014; 24(7): 1250-1255.
4. Glazer HS, Lee JK, Balfe DM, Mauro MA, Griffith R, et al. Non-Hodgkin lymphoma: computed tomographic demonstration of unusual extranodal involvement. *Radiology* 1983; 149(1): 211-217.
5. Okamoto Y, Tanaka YO, Nishida M, Tsunoda H, Yoshikawa H, et al. MR imaging of the uterine cervix: imaging-pathologic correlation. *Radiographics* 2003; 23(2): 425-445.
6. Kido A, Togashi K, Koyama T, Yamaoka T, Fujiwara T, et al. Diffusely enlarged uterus: evaluation with MR imaging. *Radiographics* 2003; 23(6): 1423-1439.
7. Chien JCW, Chen CL, Chan WP. Case 210: primary ovarian lymphoma. *Radiology* 2014; 273(1): 306-309.
8. Kumar V, Abul K, Abbas JC. *Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease*. 9th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014.
9. Frampas E. Lymphomas: Basic points that radiologists should know. *Diagnostic and interventional imaging* 2013; 94(2): 131-144.
10. Yordanov A, Karamanliev M, Dimitrov D, Ivanov T. Synchronous Primary Cervical Cancer and Follicular Lymphoma- A Case Report. *Juniper Online Journal of Case Studies* 2017; 4(2): 555635.

IMAGENS

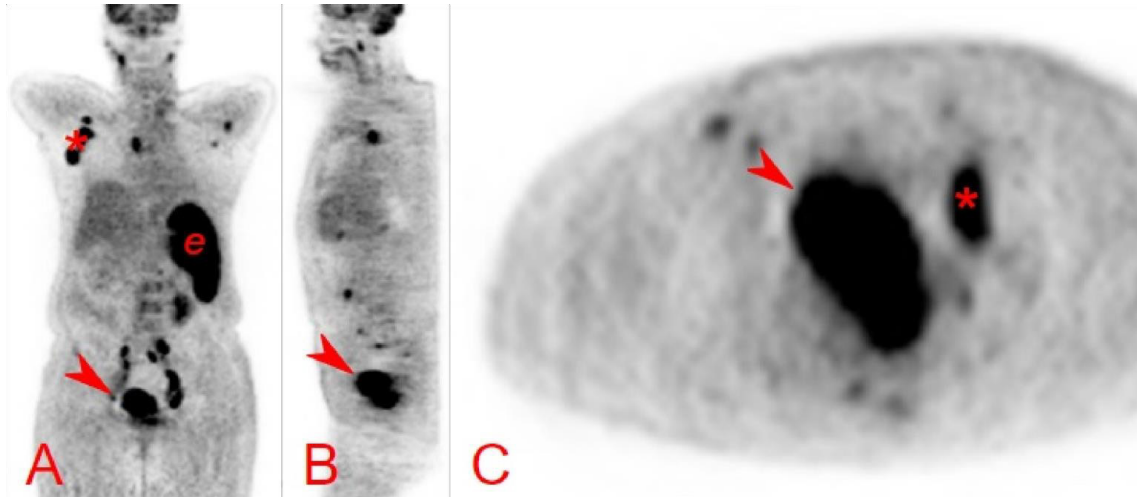


Figura 1. PET-CT no plano coronal (A), sagital (B) e axial (C) demonstrando múltiplas linfonodomegalias (*), esplenomegalia (e) com captação do radiotraçador, bem como elevado metabolismo glicolítico envolvendo o útero (pontas de seta).

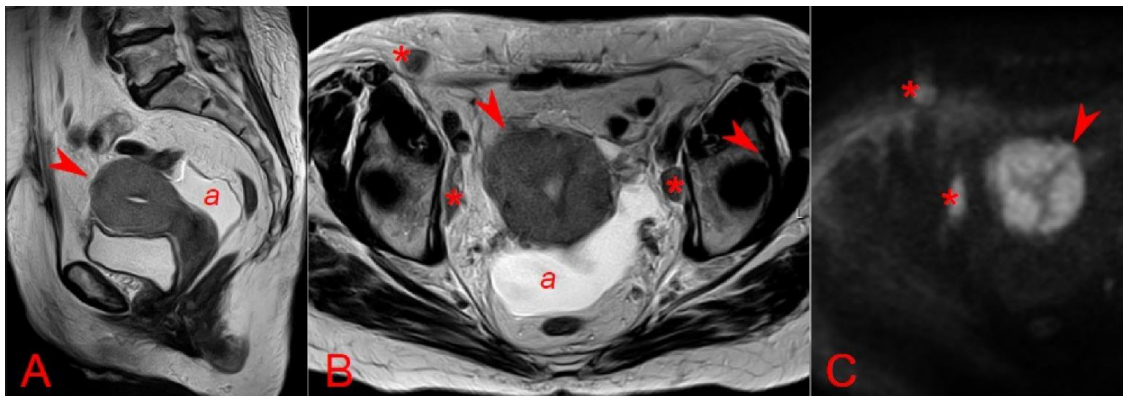


Figura 2. Imagens ponderadas em T2 no plano sagital (A) e axial (B) e em DWI no plano axial (C) demonstrando útero aumentado (ponta de seta) com hipersinal preservando a linha endometrial e restrição a difusão. Nota-se também pequena quantidade de líquido livre no fundo de saco posterior (a), bem como linfonodomegalia obturatória bilateral e inguinal direita com restrição a difusão.

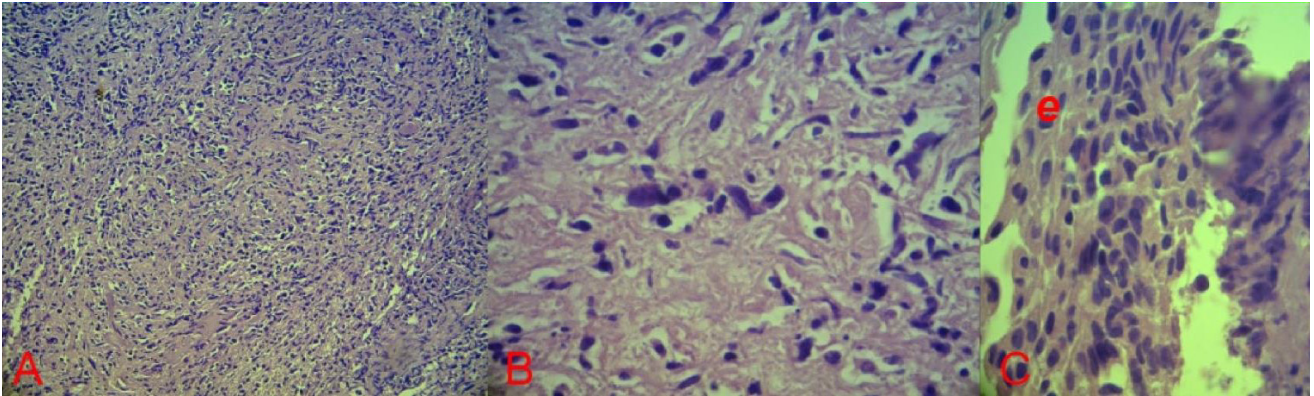


Figura 3. Histopatologia cervical com Hematoxilina-Eosina demonstrando neoplasia pouco diferenciada (A e B). Transição entre o tecido escamoso ectocervical (e) e a infiltração uterina pela neoplasia (i).

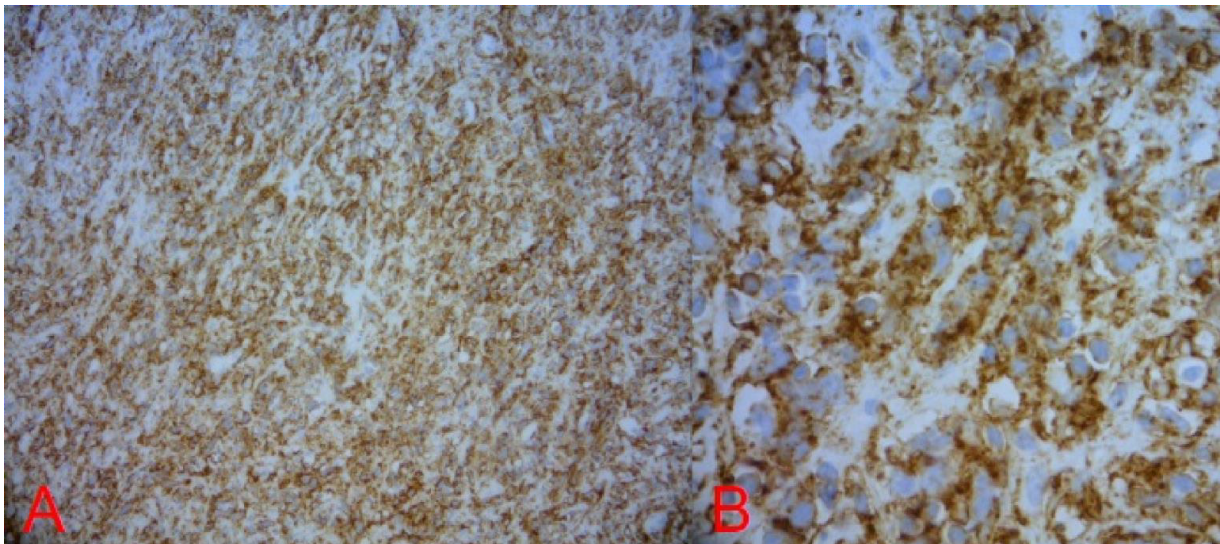


Figura 4. Imuno-histoquímica cervical demonstrando PANB/CD20 +++/3 (A) e Ki-67 70% (B), compatível com linfoma difuso de grandes células B.