



LINFOMA DIFUSO DE GRANDE CÉLULAS B DE ANTRO GÁSTRICO: UM RELATO DE CASO

Sharly Nataly Schiling¹, Mariusi Glasenapp dos Santos¹, Guilherme Brugnera Borin², Rosy Elvine Chindje Ngankak², Felipe André Marasca²

¹Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria

²Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Universitário de Santa Maria

INTRODUÇÃO

O linfoma não-Hodgkin (LNH) gástrico primário é uma neoplasia rara que corresponde a apenas 1-4% das neoplasias do trato gastrointestinal e 10-15% do total de pacientes com LNH, sendo o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), responsável por 30-40% dos casos. Este relato tem por objetivo apresentar um caso de LDGCB, de forma a ressaltar a importância desta patologia no diagnóstico diferencial de neoplasia gástrica.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 60 anos, com início de quadro de pirose, dor epigástrica, náuseas, vômitos e perda ponderal há cerca de 04 meses, com aceitação de dieta líquida e pastosa somente. Ao exame físico apresentava-se emagrecido e com dor moderada a palpação epigástrica. Na endoscopia digestiva alta identificou-se no canal pilórico, lesão infiltrativa, ulcerada e estenosante. Na tomografia de abdome identificava-se acentuada distensão gástrica e importante espessamento das paredes do antro gástrico e piloro, com leve espessamento das paredes da primeira e segunda porções duodenais e presença de linfonomegalias paraórticas, ao redor do tronco celíaco e hilo hepático, a maior medindo 3,6 X 3,0 cm de diâmetro, localizada junto à cabeça do pâncreas. Na biópsia do estômago obteve-se o diagnóstico de úlcera gástrica e *Helicobacter pylori* positivo. O paciente foi internado para continuação da investigação e cerca de 2 semanas após apresentou novamente quadro de vômitos de repetição, sem melhora com tratamento conservador, sendo submetido a laparotomia.

No transoperatório identificou-se importante espessamento do antro gástrico, linfadenomegalias fusionadas em linfonodos perigástricos, tronco celíaco e peripancreáticos. Foi realizada gastrectomia parcial com reconstrução em Y de Roux. No anátomo-patológico obteve-se o diagnóstico de linfoma não-hodgkiniano difuso de grandes células, de alto grau, em parede gastro-duodenal, com invasão do tecido adiposo adjacente e extensão para linfonodos da grande e pequena curvatura, proximais e distais ao tumor, alguns deles com infarto extenso. Na imuno-histoquímica as células neoplásicas foram positivas pan B, BCL2 e Ki67 (85%) e negativas para os demais, concluindo o diagnóstico de LDGCB.

DISCUSSÃO

A maioria dos casos de LDGCB ocorre no sexo masculino, na 6ª década de vida. Conforme a literatura, a positividade de marcadores como BCL2 e CD10 sugere a forma primária (*de novo*) deste tipo de linfoma, em contraposição a negatividade que indica transformação de um tipo mais benigno, como o linfoma de zona marginal (MALT). Embora a infecção por *H. pylori* seja central na imunopatogênese, uma coorte chinesa recente de 129 pacientes com esta patologia associou a presença do mesmo ao diagnóstico com maior sobrevida em 5 anos. Conclui-se que o LDGCB é uma patologia agressiva, que pode ser de difícil diagnóstico e cujos aspectos endoscópico e imunofenotípico devem ser de conhecimento da comunidade médica geral.

REFERÊNCIAS:

- 1- CHENG, Yuan,; XIAO, Yinan; ZHOU, YI LIAO. *et al.* Prognostic significance of helicobacter pylori infection in gastric diffuse large B-cell lymphoma. **BMC Cancer** 19, 842 (2019).
- 2- MAESHIMA, A,; HIROKAZU, T; TOYODA, K. *et al.* Clinicopathological features of histological transformation from extranodal marginal B-cell lymphoma of mucosal associated lymphoid tissue to diffuse B-cell lymphoma: an analysis of 467 patients. **BJH Research** 96: 11-14 (2014).