

heaa

fbpn

fmc

Serviço e Disciplina de Clínica Médica/HEAA

Sessão Clínica - 01/09/2025

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientadora: Dr^a Yonnara Cherene Dias Maciel

Relator: Dr. Igor Silva Santos

Debatedora: Dr^a Raquel de Oliveira Castro

Caso Clínico

Identificação: Sexo Feminino, 66 anos, solteira, assistente social, natural e residente de Campos dos Goytacazes, RJ.

Queixa principal: “anemia e emagrecimento”

HDA: Paciente procurou o ambulatório de Hematologia para investigação de anemia. Relata início, há cerca de 6 meses, de quadro progressivo de astenia, fadiga e perda ponderal não intencional de aproximadamente 5 kg no período. Refere também constipação intestinal crônica, com episódios de hematoquezia. No último mês, apresentou agravamento do hábito intestinal, permanecendo até 10 dias sem evacuar. Além disso, relata pirose e epigastralgia de forma ocasional. Nega febre, mas refere episódios de sudorese noturna.

HPP:

Hipotireoidismo e dislipidemia

Medicamentos em uso: Esomeprazol 20mg, Levotiroxina 50 mcg, Rosuvastatina 10mg, Clonazepam 2mg

Refere ter feito uso por dez anos de reposição hormonal com: Testosterona e Estriol tópicos.

Cirurgias prévias: cesárea, conização em colo de útero por NIC IV há 23 anos.

Cirurgia plástica de prótese de mama há 15 anos.

Nega alergias e transfusões prévias.

História Social:

Etilismo social: cerveja e vinho 2x por semana

Ex Tabagista: 10 maços ano, parou há 30 anos

Reside em área urbana, em casa com boas condições de saneamento.

História Familiar:

Mãe viva e saudável

Pai com Alzheimer

Irmão falecido por neoplasia maligna de pâncreas

Tia materna falecida por neoplasia maligna de cólon

Ao exame físico:

Paciente lúcida, orientada, hipocorada +/-, acianótica, anictérica, hidratada, eupneica, afebril.

IMC 27Kg/m².

Linfonodos palpáveis em região cervical, bilateralmente, o maior à direita medindo 3-4cm.

ACV: RCR em 2T, BNF, sem sopros, FC 110 bpm, PA 130x80 mmHg

AR: MV audível bilateralmente, sem ruídos adventícios, FR 18 ipm SatO₂ 99% em aa.

ABD: globoso, depressível, doloroso à palpação superficial e profunda, com discreta resistência em FIE e mesogástrico. Sem visceromegalias palpáveis.

Membros inferiores: sem edema, panturrilhas livres, pulsos periféricos palpáveis e simétricos

Exame neurológico: sem alterações dignas de nota.

Exames Complementares:

	Valor de referência:		Valor de referência:
Hemácias: 3,52 milhões/mm ³	4,5-6,0 milhões/mm ³	Ferritina: 26 ng/mL	15-200 ng/mL
Hemoglobina: 10,1 g/dL	13-16 g/dL	Sódio: 134 mEq/L	135-145 mEq/L
Hematócrito: 30,8 %	38-50 %	K: 4,2 mEq/L	3,5-4,5 mEq/L
VCM: 77,5 fL	80-100 fL	Magnésio: 1,6 mEq/L	1,6-2,6 mEq/L
HCM: 32,3 pg	26-34 pg	Cálcio: 10,1 mg/dL	8,5-10,5 mg/dL
CHCM: 34,9 g/dL	31-36 g/dL	GGT: 90 mg/dL	< 43 mg/dL
Leucócitos: 7429 /mm ³	4.000-11.000 /mm ³	TGO: 38 mg/dL	5-40 mg/dL
Eosinófilos: 371 (05%)	40 - 550 (1-5%)	TGP: 16 mg/dL	7-56 mg/dL
Bastões: 0 (00%)	0 - 550 (0-5%)	Proteínas: 6,3 g/dL	6-8 g/dL
Segmentados: 5198 (70%)	1600-7700 (40-70%)	Albumina: 3,5 g/dL	3,5-5g/dL
Linfócitos: 1710 (23%)	800-4400 (20-40%)	Globulinas: 2,8 g/dL	2-4 g/dL
Monócitos: 148 (02%)	80-1320 (2-12%)	FA: 130 mg/dL	30-120 mg/dL
Plaquetas: 281.000 /mm ³	150.000-450.000 /mm ³	Creatinina: 0,97 mg/dL	0,6-1,3 mg/dL
Bilirrubina Total: 1,1 mg/dL	< 1,5 mg/dL	Uréia: 26 mg/dL	13-43 mg/dL
Bilirrubina Direta: 0,5 mg/dL	< 0,9 mg/dL	Ácido úrico: 5,8 mg/dL	3,4-7 mg/dL
Bilirrubina Indireta: 0,6 mg/dL	< 0,6 mg/dL	TSH: 4,48 mU/L	0,4-4,5 mU/L
LDH: 480 U/L	120-146 U/L	T4 livre: 1,2 ng/dL	0,9-1,8 ng/dL
Ferro: 31 mcg/dL	50-170 mcg/dL	FAN: negativo	Negativo

	Valor de referência:
HBSAg:negativo	negativo
Anti-HIV/HTLV: negativo	negativo
Anti-HBc: negativo	negativo
Anti-HCV: negativo	negativo
anti HBS: negativo	negativo
Glicose: 104 mg/dL	70-99 mg/dL
Vitamina B12: 385 pg/mL	160-950 pg/mL

Exames Complementares:

Imunofixação de proteínas séricas: ausência de proteína monoclonal.

Endoscopia Digestiva Alta: Pangastrite leve, presença de pólipos gástricos.

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS



Anamnese + Exame Físico

- **●** Paciente, feminina, 66 anos
- **●** Queixa: anemia e emagrecimento
- **●** HDA: Há 6 meses com quadro progressivo de astenia, fadiga e perda ponderal não intencional de aproximadamente 5 kg no período. Refere também constipação intestinal crônica, com episódios de hematoquezia. Nega febre, mas refere episódios de sudorese noturna.
- **●** HPP: Hipotireoidismo e dislipidemia. Refere ter feito uso por dez anos de reposição hormonal com: Testosterona e Estriol tópicos.
- Cirurgias prévias: cesárea e conização em colo de útero por NIC IV há 23 anos.

Anamnese + Exame Físico

● **História Social:** Etilismo social: cerveja e vinho 2x por semana. Ex Tabagista: 10 maços ano, parou há 30 anos.

● **História Familiar:**

Mãe viva e saudável. Pai com Alzheimer. Irmão falecido por neoplasia maligna de pâncreas. Tia materna falecida por neoplasia maligna de cólon

● **Exame físico:** linfonodomegalia cervical bilateral (3-4 cm); ACV: FC:110 bpm;abdome doloroso em FIE/mesogástrico, sem visceromegalias palpáveis.

Exames laboratoriais

	Valor de referência:		Valor de referência:
Hemácias: 3,52 milhões/mm ³	4,5-6,0 milhões/mm ³	Ferritina: 26 ng/mL	15-200 ng/mL
Hemoglobina: 10,1 g/dL	13-16 g/dL	Sódio: 134 mEq/L	135-145 mEq/L
Hematócrito: 30,8 %	38-50 %	K: 4,2 mEq/L	3,5-4,5 mEq/L
VCM: 77,5 fL	80-100 fL	Magnésio: 1,6 mEq/L	1,6-2,6 mEq/L
HCM: 32,3 pg	26-34 pg	Cálcio: 10,1 mg/dL	8,5-10,5 mg/dL
CHCM: 34,9 g/dL	31-36 g/dL	GGT: 90 mg/dL	< 43 mg/dL
Leucócitos: 7429 /mm ³	4.000-11.000 /mm ³	TGO: 38 mg/dL	5-40 mg/dL
Eosinófilos: 371 (05%)	40 - 550 (1-5%)	TGP: 16 mg/dL	7-56 mg/dL
Bastões: 0 (00%)	0 - 550 (0-5%)	Proteínas: 6,3 g/dL	6-8 g/dL
Segmentados: 5198 (70%)	1600-7700 (40-70%)	Albumina: 3,5 g/dL	3,5-5g/dL
Linfócitos: 1710 (23%)	800-4400 (20-40%)	Globulinas: 2,8 g/dL	2-4 g/dL
Monócitos: 148 (02%)	80-1320 (2-12%)	FA: 130 mg/dL	30-120 mg/dL
Plaquetas: 281.000 /mm ³	150.000-450.000 /mm ³	Creatinina: 0,97 mg/dL	0,6-1,3 mg/dL
Bilirrubina Total: 1,1 mg/dL	< 1,5 mg/dL	Uréia: 26 mg/dL	13-43 mg/dL
Bilirrubina Direta: 0,5 mg/dL	< 0,9 mg/dL	Ácido úrico: 5,8 mg/dL	3,4-7 mg/dL
Bilirrubina Indireta: 0,6 mg/dL	< 0,6 mg/dL	TSH: 4,48 mU/L	0,4-4,5 mU/L
LDH: 480 U/L	120-146 U/L	T4 livre: 1,2 ng/dL	0,9-1,8 ng/dL
Ferro: 31 mcg/dL	50-170 mcg/dL	FAN: negativo	Negativo

Exames complementares

	Valor de referência:
HBSAg:negativo	negativo
Anti-HIV/HTLV: negativo	negativo
Anti-HBc: negativo	negativo
Anti-HCV: negativo	negativo
anti HBS: negativo	negativo
Glicose: 104 mg/dL	70-99 mg/dL
Vitamina B12: 385 pg/mL	160-950 pg/mL

Imunofixação de proteínas séricas: ausência de proteína monoclonal.

Endoscopia Digestiva Alta: Pangastrite leve, presença de pólipos gástricos.

Hipóteses diagnósticas

● Linfoma do TGI (MALT gástrico como hipótese principal)

● Neoplasia colorretal (descartar)

↳ Conduta

● Avaliar se foi realizado pesquisa de H. pylori

● Biópsia excisional do linfonodo

● Colonoscopia para investigação de TGI

● TC de tórax/abdome/pelve

● PET-CT para avaliação de extensão da doença

● Avaliar : Mielograma + biópsia de medula óssea ?

Referências

SWERDLOW, S. H. et al. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. 5. ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC), 2022.

ZELDMAN, D. G.; CONNORS, J. M.; SANDELL, J. Non-Hodgkin lymphoma. The Lancet, London, v. 380, n. 9844, p. 848-857, 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60605-9.

ZUCCA, E. et al. Gastric marginal zone lymphoma of MALT type: ESMO Clinical Practice Guidelines. Annals of Oncology, Oxford, v. 31, n. 12, p. 1711-1721, 2020. DOI: 10.1016/j.annonc.2020.08.2297.

THIEBLEMONT, C.; ZUCCA, E. Clinical aspects and therapy of gastrointestinal MALT lymphoma. Best Practice & Research Clinical Haematology, London, v. 38-39, p. 1016-1033, 2020. DOI: 10.1016/j.beha.2020.101169.

BRENNER, H.; KLOOR, M.; POX, C. P. Colorectal cancer. The Lancet, London, v. 383, n. 9927, p. 1490-1502, 2014. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61649-9.

SEGUIMENTO DO CASO



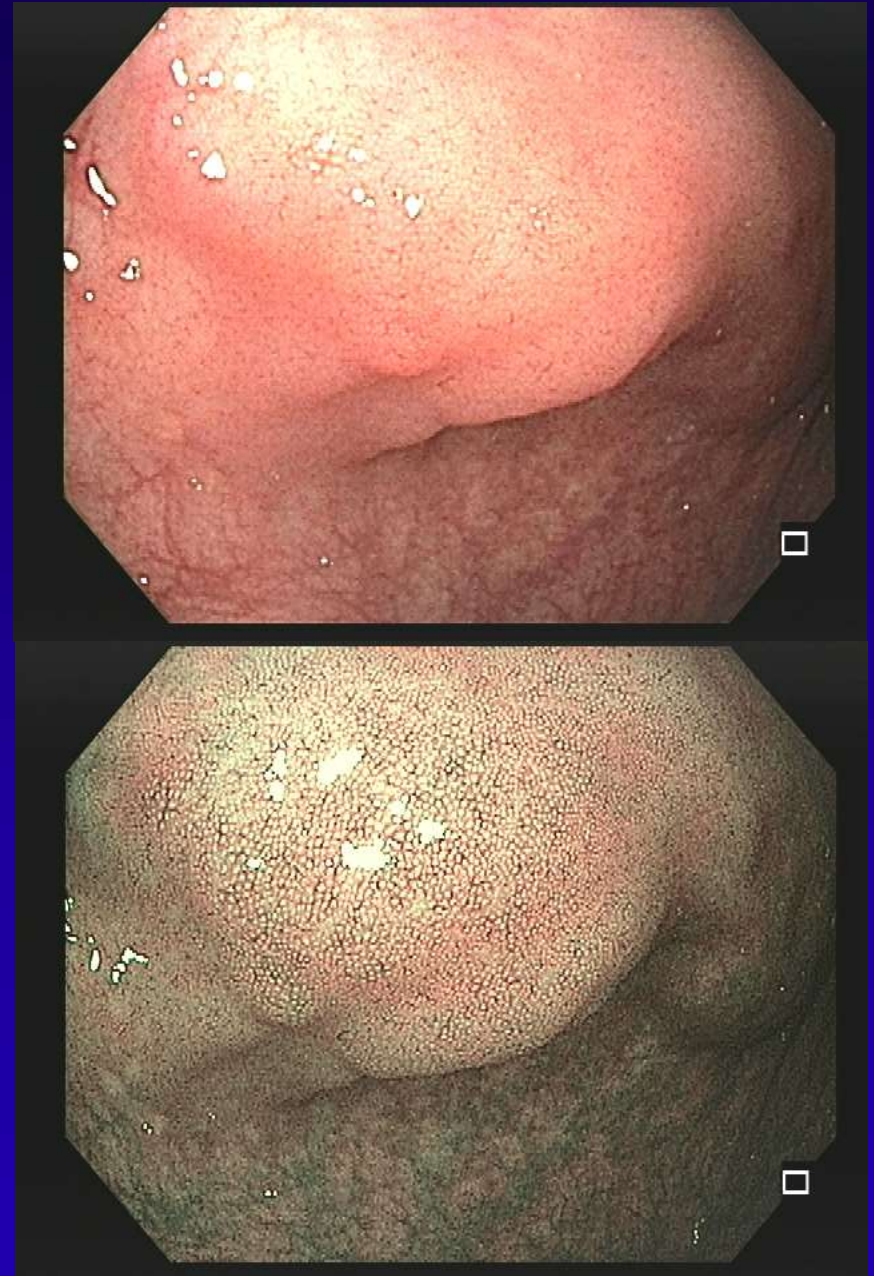
Investigação Clínica

Anemia Ferropriva + Constipação → Colonoscopia

Sintomas B + Dor Abdominal → Imagem

Resultados

- ✓ **Colonoscopia:**
avaliação realizada até o íleo terminal, que apresenta mucosa normal.
- ✓ **Mucosa**
espessada em ceco;

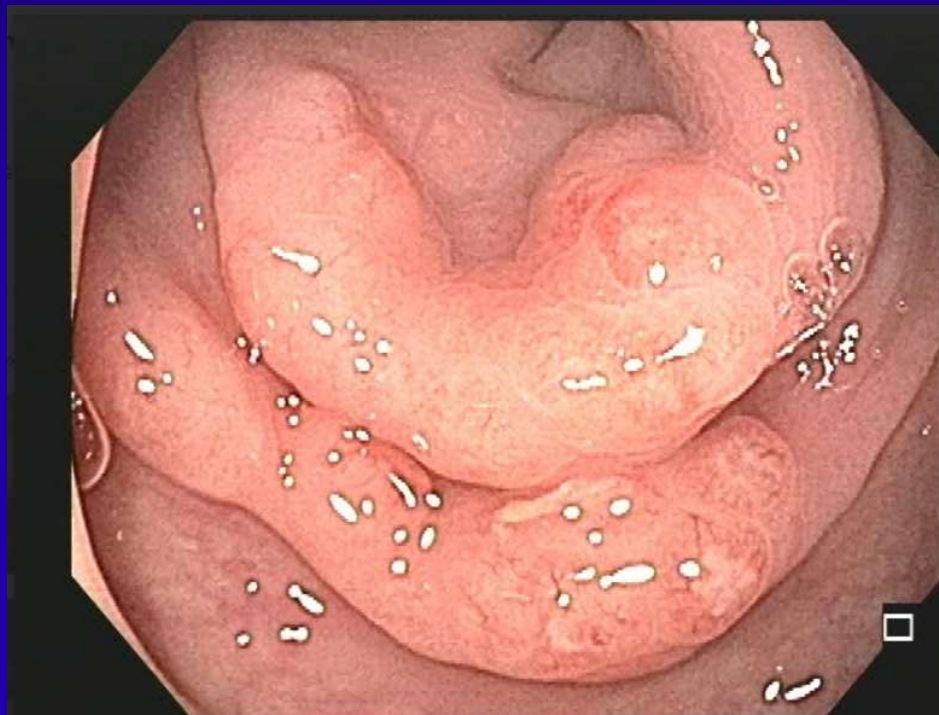


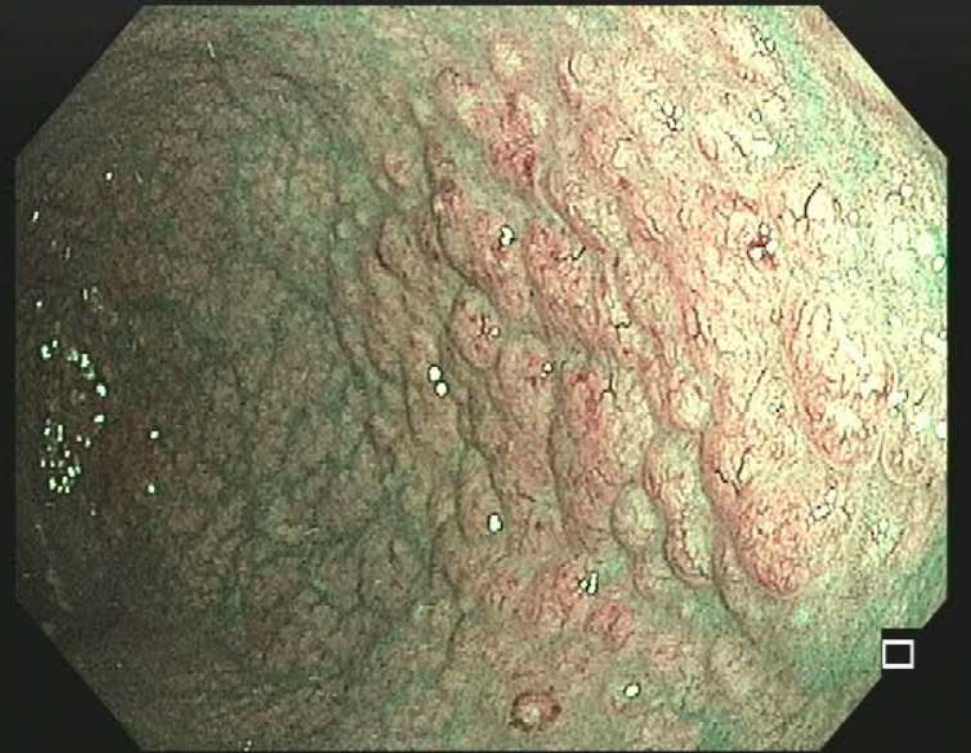
Resultados

- ✓ Áreas de mucosa espessada, edemaciada, hiperemiada, em cólon esquerdo;



- ✓ Lesões elevadas recobertas por mucosa espessada, nodular, hiperemiada, em transição de sigmóide-reto e em reto.



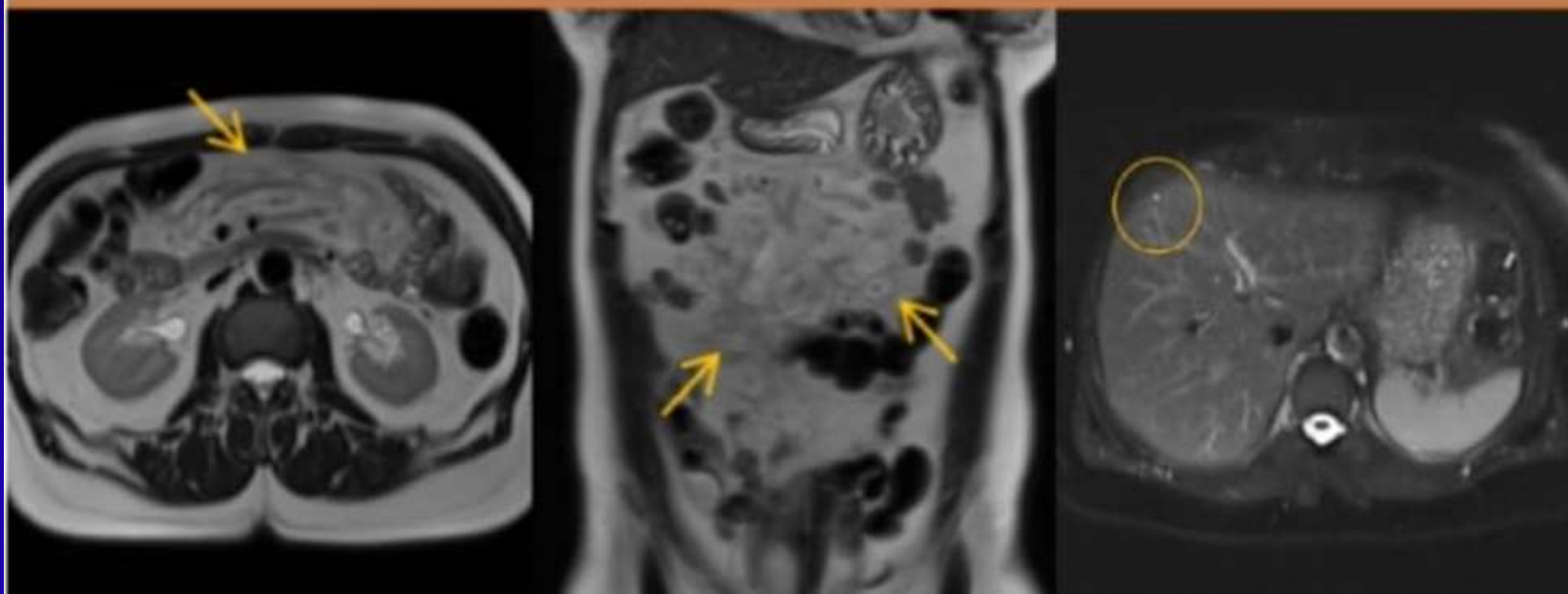


✓ Ressonância Magnética do Abdômen e Pelve:

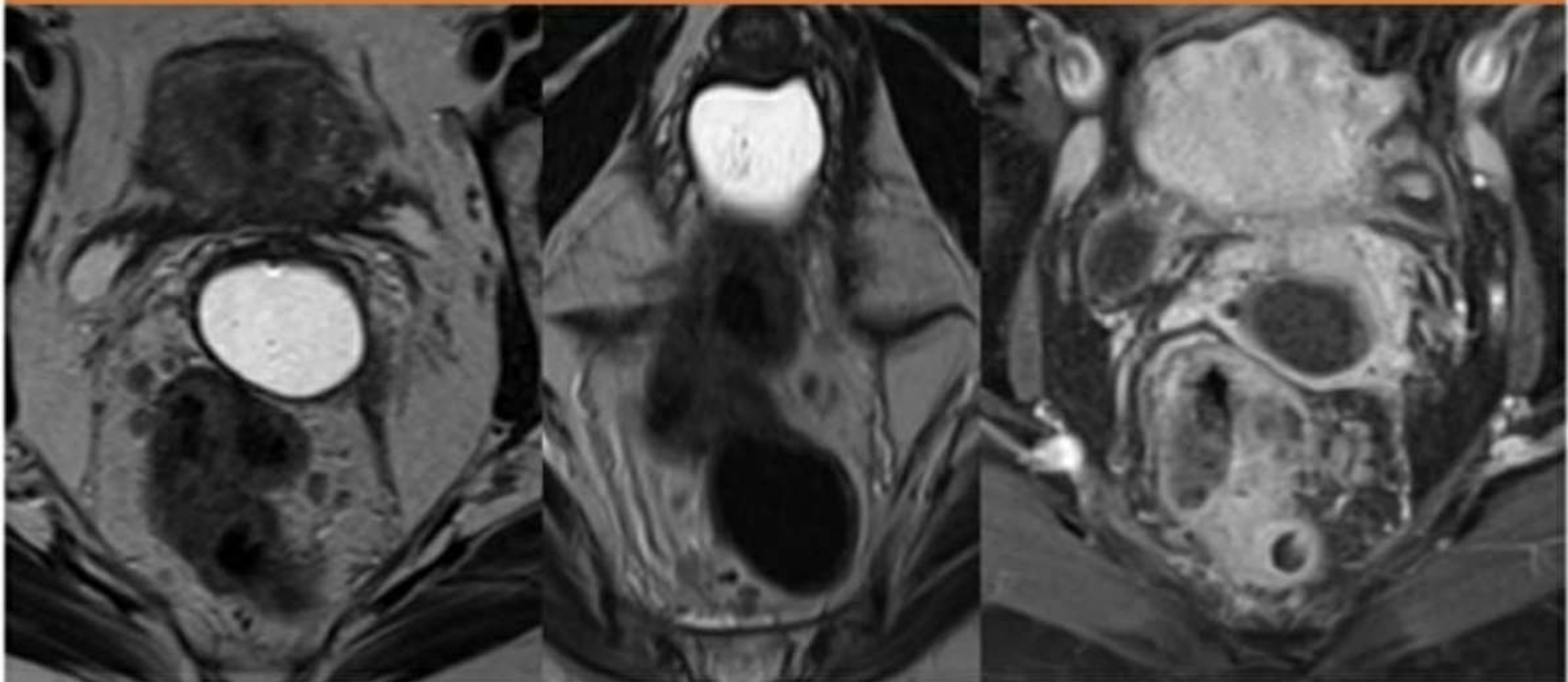
Lesão sólida expansiva semi-anular no reto médio, a cerca de 5,4 cm da borda anal, com extensão de 8,2 cm e borda proximal junto à reflexão peritoneal.

A borda mais infiltrada da lesão localiza-se das 6h às 12h e estende além da camada muscular própria com invasão de 0,4 cm da gordura mesorretal. Caracterizam-se 5 linfonodos com bordas irregulares e sinal heterogêneo em mesorreto, suspeitos para acometimento secundário. Sinais de paniculite mesentérica.

Ilustrações



Ilustrações



✓ Laudo Histopatológico e Imunohistoquímico:

O exame demonstrou células linfóides com o seguinte perfil de imunomarcagem: imunopositividade difusa com os anticorpos anti CD20, CD10 e oncoproteína BCL2. Observa-se ainda imunomarcagem adequadamente compartimentalizada e com padrão reacional com anticorpo anti ciclina D1. O anticorpo anti antígeno Ki-67 evidencia alto índice de proliferação celular: 50-75%:

Conclusão: Todas as amostras exibem infiltração por LINFOMA FOLICULAR CLÁSSICO, GRAU 3ª (OMS 5ªed. e ICC,2022; CID-O 9690/3).

✓ **PET-Scan- Estadiamento Oncológico Inicial:**

Estudo de imagem molecular com 18F-FDG PET/CT evidenciou hipermetabolismo glicolítico na densificação dos planos gordurosos na raiz do mesentério e nos achados nodais supra e infradiafragmáticos, compatível com a doença linfoproliferativa de base. Hipermetabolismo segmentar concêntrico do reto com aparente espessamento parietal no reto superior, de aspecto indeterminado. Há linfonodos pré-sacrais, alguns proeminentes.

✓ **Biopsia de Medula Óssea:**

MO com 40% de celularidade hematopoiética, com representação das três séries. Série eritróide em número habitual, exibindo maturação normoblástica. Série mieloide em número levemente aumentado, com predomínio de células maduras. Megacariócitos em número habitual. Presença de moderada linfocitose intersticial. Não evidencia Mielifibrose (MF-0) ou depósitos de ferro. Realizado exame imuno-histoquímico que demonstrou células linfóides com imunopositividade difusa com anticorpo anti CD20 (30%)

INFILTRAÇÃO POR LINFOMA DE PEQUENAS CÉLULAS B

Diagnóstico Final

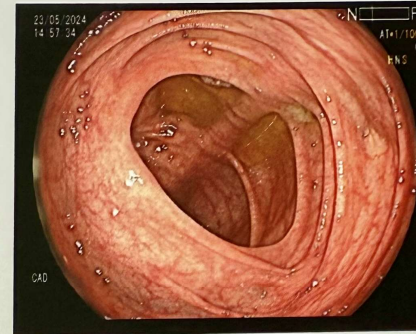
- ✓ **LINFOMA FOLICULAR CLÁSSICO, GRAU 3A**
(OMS 5^oed. e ICC,2022; CID-O 9690/3).
- ✓ **Estadiamento IVB**

Seguimento

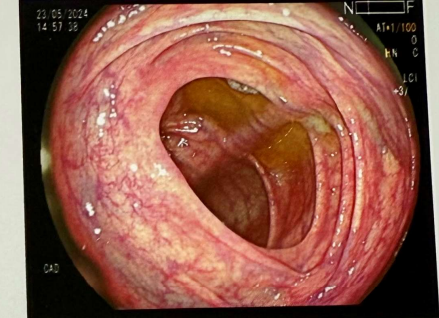
- ✓ Realizou protocolo de quimioterapia anti-CD20 (Obinotuzumabe) + CHOP, por 6 ciclos, 2 segue em manutenção por 2 anos, com anti-CD20 monoterapia.
- ✓ Suplementação de Ferro
- ✓ Reavaliação interim, pós 3 ciclos:
- ✓ PET Scan: A análise entre os estudos de imagem molecular com 18F-FDG PET/CT revelou ausência de achados macroscópicos, sugestivos de doença linfoproliferativa em atividade. Resposta metabólica completa.
- ✓ Ao término: Resposta metabólica completa a terapia instituída
- ✓ 1 ano após o término: Inalterado em relação ao exame anterior, caracterizando resposta metabólica completa e mantida à terapia instituída.

Colonoscopia:

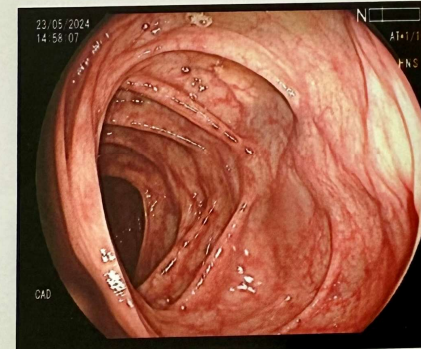
- ✓ Pós término de QT: pólipos em reto. Polipectomia
- ✓ Sem lesões de mucosa na colonoscopia atual. Biopsias seriadas.



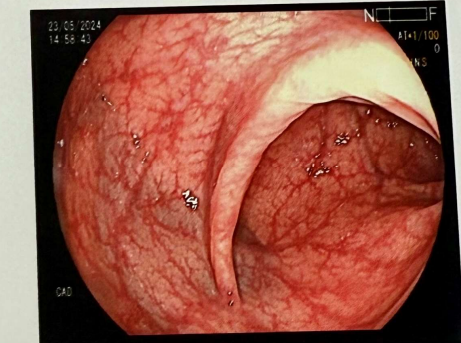
CECO



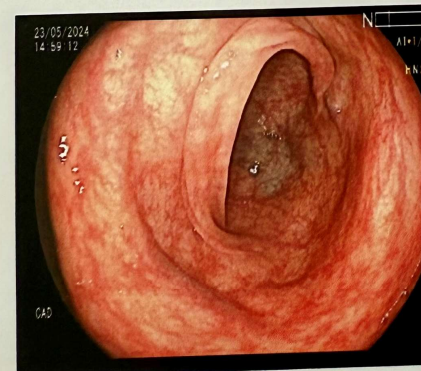
CECO + CROMOSCOPIA LCI



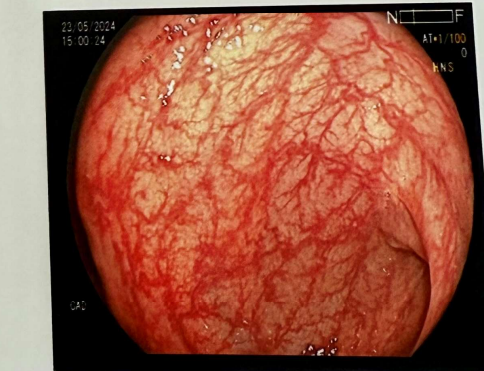
TRANSVERSO



DESCENDENTE



SIGMOIDE



Linfoma folicular

É um tipo de linfoma não-Hodgkin, que afeta principalmente as células B do sistema imunológico, presente nos folículos linfoides dos linfonodos. Ele é caracterizado por um crescimento lento (indolente), o que significa que pode demorar mais para se espalhar, mas também pode ser mais difícil de curar, com tendência e recidivas.

Afeta principalmente adultos, especialmente pessoas com mais de 60 anos, embora também possa ocorrer em pessoas mais jovens.

Corresponde a cerca de 20% de todos os linfomas.

- **Sintomas:**

- ✓ Linfonodomegalia
- ✓ Cansaço
- ✓ Perda de peso
- ✓ Sudorese noturna
- ✓ Febre
- ✓ Apresentações extranodais (fora dos linfonodos) são incomuns, sendo o trato gastrointestinal, tecidos moles, mama e anexo ocular os locais mais comuns.

- **Diagnóstico:**

- ✓ **Biópsia:** A biópsia de um linfonodo é fundamental para confirmar o diagnóstico.
- ✓ **Exames de sangue:** função hepática, função renal, eletrólitos, LDH, ácido úrico, sorologias (hepatite B, hepatite C, HIV).

- **Estadiamento**

- ✓ **Exames de imagem** (como tomografia computadorizada ou PET): Para avaliar a extensão da doença.
- ✓ **Biópsia de medula óssea.**

Estadiamento

Estadio	Descrição
I	Uma única cadeia linfática
II	Duas cadeias linfáticas do mesmo lado do diafragma
III	Cadeias linfonodais dos dois lados do diafragma
IV	Envolvimento difuso de um ou mais sítios extranodais com ou sem comprometimento linfonodal (medula óssea, fígado, pulmão)
E	Comprometimento extranodal
A	Ausência de sintomas B
B	Presença de sintoma
X	Doença Bulky (> 10cm ou massa mediastinal > 1/3 do diâmetro do tórax)

* Sintomas B: Perda de peso, febre, sudorese noturna, astenia

Acometimento extranodal: cólon

- **Sintomas de acometimento do cólon:**
- ✓ **Dor abdominal:** Aumento dos linfonodos no abdômen pode causar dor ou desconforto abdominal.
- ✓ **Distensão abdominal:** Sensação de inchaço devido à presença de massas ou aumento dos linfonodos no cólon.
- ✓ **Alterações no hábito intestinal:** Diarreia, constipação ou até sinais de obstrução intestinal.
- ✓ **Sangramento gastrointestinal:** Pode ocorrer em casos onde o linfoma causa lesões ou úlceras no cólon.
- ✓ **Perda de peso e fadiga:** Sintomas comuns do linfoma, que podem ser mais evidentes em casos avançados.

Prognóstico

- ✓ O linfoma folicular clássico, mesmo em estágios avançados, tem um prognóstico relativamente bom, especialmente porque é um linfoma de crescimento lento. Porém, devido ao acometimento extranodal (cólon), a condição pode ser mais complexa, exigindo um tratamento mais agressivo ou uma combinação de terapias.

Referências

- ✓ FREEDMAN, Arnold . Manifestações clínicas, características patológicas, diagnóstico e prognóstico do linfoma folicular. UPTODATE, 2025.
- ✓ <https://ingoh.com.br/linfoma-folicular-lf-um-tipo-indolente-de-linfoma-nao-hodgkin-de-celulas-b/#:~:text=O%20Linfoma%20Folicular%20corresponde%20a,caucasianos%20do%20que%20em%20afrodescendentes.>