

Relato de caso: Linfoma difuso de grandes células B no colo uterino

Case report: Diffuse large B cells lymphoma in the cervix

Rodolfo M. Queiroz¹, Gustavo C. Melges², Juliane A. Paron¹, Paulo R. Félix³, Gláucia A. M. Landell³, Eduardo M. Febrônio¹, Márcio Castro e Silva¹

RESUMO

Relatamos o caso de mulher, 32 anos, branca, previamente hígida, atendida com corrimento vaginal e metrorragia há 3 meses. Exame colpocitológico descreveu esfregaço intensamente hemorrágico e lesão intraepitelial de alto grau com displasia acentuada (NIC III). Ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética da pelve caracterizaram aumento dimensional do colo uterino, exibindo aspecto em "barril", por processo expansivo difuso de aspecto infiltrativo. Estudo anatomopatológico e imunohistoquímico de biópsia do colo uterino revelou um linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B.

Palavras-chaves: Linfoma Difuso de Grandes Células B. Colo do Útero. Diagnóstico por Imagem.

ABSTRACT

We report the case of a woman, 32 years old, white, previously healthy, presenting vaginal discharge and metrorrhagia for three months. Pap smear described intensely hemorrhagic smear and high-grade squamous intraepithelial lesions with severe dysplasia (CIN III). Transvaginal ultrasound and MRI of the pelvis characterized an increase in the dimensions of the cervix, displaying aspect "barrel" due process of expansive diffuse infiltrative appearance. The histopathological and immunohistochemistry of the cervical biopsy showed a diffuse non-Hodgkin's lymphoma large B cell.

Keywords: Lymphoma, Large B-Cell, Diffuse. Cervix Uteri. Diagnostic Imaging.

Introdução

Linfoma é uma neoplasia hematológica,¹ responsável por pouco mais de 3% das malignidades no sexo feminino, com apresentação extranodal correspondendo a 1/4 do total.^{2,3} Desses casos, o

acometimento isolado do aparelho reprodutor nas mulheres representa a cerca de 1%,¹⁻⁶ com destaque para os ovários (49-59%) e útero (27-29%).^{2,4}

O presente relato tem por objetivo descrever uma apresentação em sítio incomum de linfoma, gerando dúvidas diagnósticas, porém exibindo acha-

1. DOCUMENTA – Hospital São Francisco. Departamento: Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Ribeirão Preto/SP.
2. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Imagem e Física Médica.
3. Unidade de Anatomia Patológica e Citopatologia Prof. Dr. Humberto de Queiroz Menezes. Departamento: Anatomia Patológica e Citopatologia.

CORRESPONDÊNCIA:
Rodolfo M. Queiroz; rod_queiroz@hotmail.com.
DOCUMENTA – Hospital São Francisco.
Departamento: Radiologia e Diagnóstico por Imagem.
Rua Bernardino de Campos, 980, Centro
Ribeirão Preto/SP, CEP 14015-130.

Recebido em 21/03/2016
Aprovado em 27/01/2017

dos de imagem bastante ilustrativos para essa hipótese diagnóstica, enfatizando os aspectos epidemiológicos e encontrados nos exames de imagem.

Relato de Caso

Paciente do gênero feminino, com 32 anos de idade, branca, atendida com corrimento vaginal e metrorragia há três meses, Negou outras queixas e comorbidades. Exames colpocitológicos nos últimos seis anos descrevendo discreta cervicite, porém em estudo mais recente observou-se esfregaço intensamente hemorrágico e lesão intra-epitelial de alto grau com displasia acentuada (NIC III). Hemogramas nos últimos seis anos e recentes sem anormalidades.

Em ultrassonografia (US) pélvica e transvaginal observou-se colo uterino pouco móvel, com

dimensões aumentadas (129 cm^3), de ecotextura hipoeecóica, exibindo fluxo aumentado ao estudo com Doppler colorido, contudo sem distorções no canal cervical e zona juncional. Notaram-se também discreto espessamento das paredes do fundo vaginal e tênue aumento da ecogenicidade da gordura locorregional (Figura 1).

Realizou-se posteriormente ressonância magnética (RM) da pelve para melhor avaliação diagnóstica, que caracterizou aumento dimensional do colo uterino, exibindo aspecto em "barril", apresentando processo expansivo difuso de aspecto infiltrativo, se estendendo para o fundo vaginal, com isossinal em sequencias ponderadas em T2 turbo spin echo e tênue hiperssinal em T1, apresentando sinais de restrição da difusão da água e discreto realce periférico pelo meio de contraste paramagnético endovenoso (Figura 2).

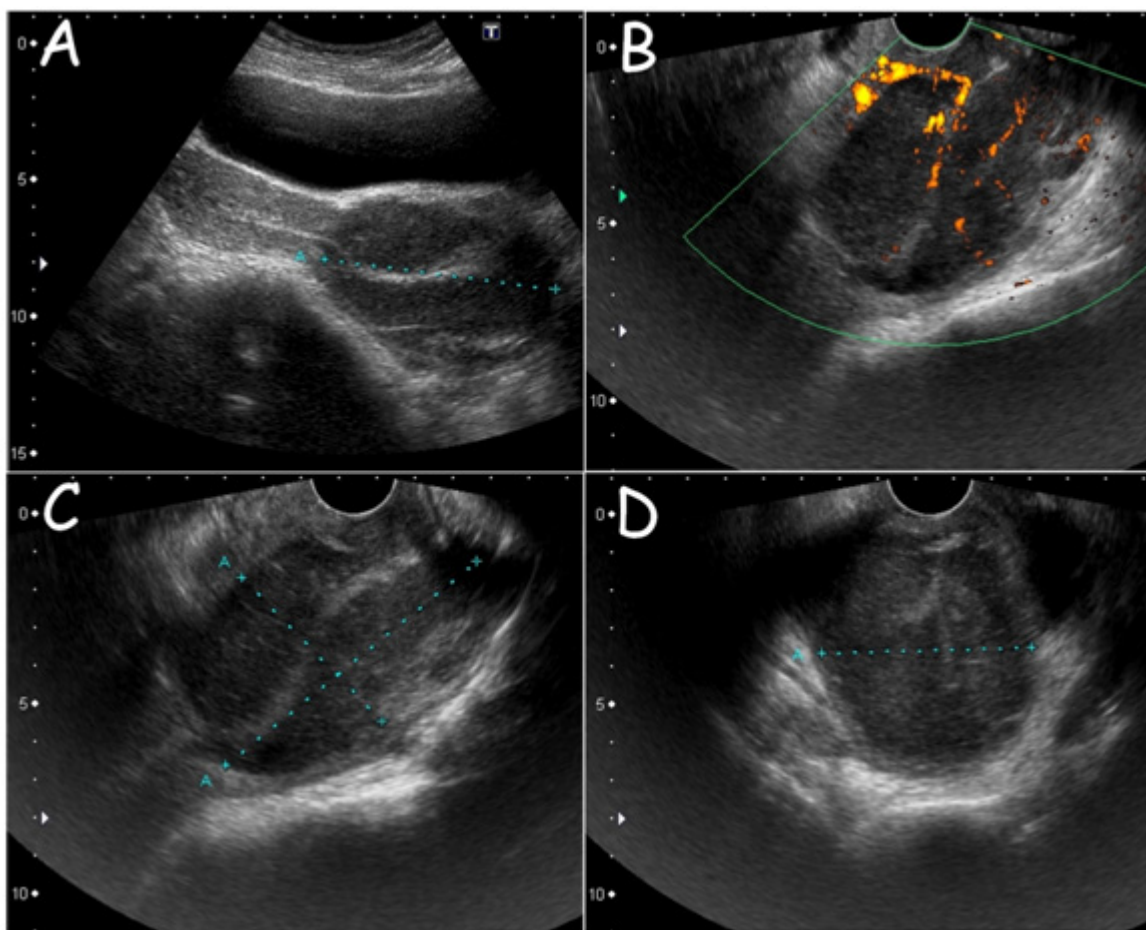


Figura 1. Ultrassonografias pélvica (A) e transvaginal (B,C,D) demonstrando colo uterino de dimensões aumentadas, de ecotextura hipoeecóica, exibindo fluxo aumentado ao estudo com Doppler colorido (B), contudo sem distorções no canal cervical e zona juncional.

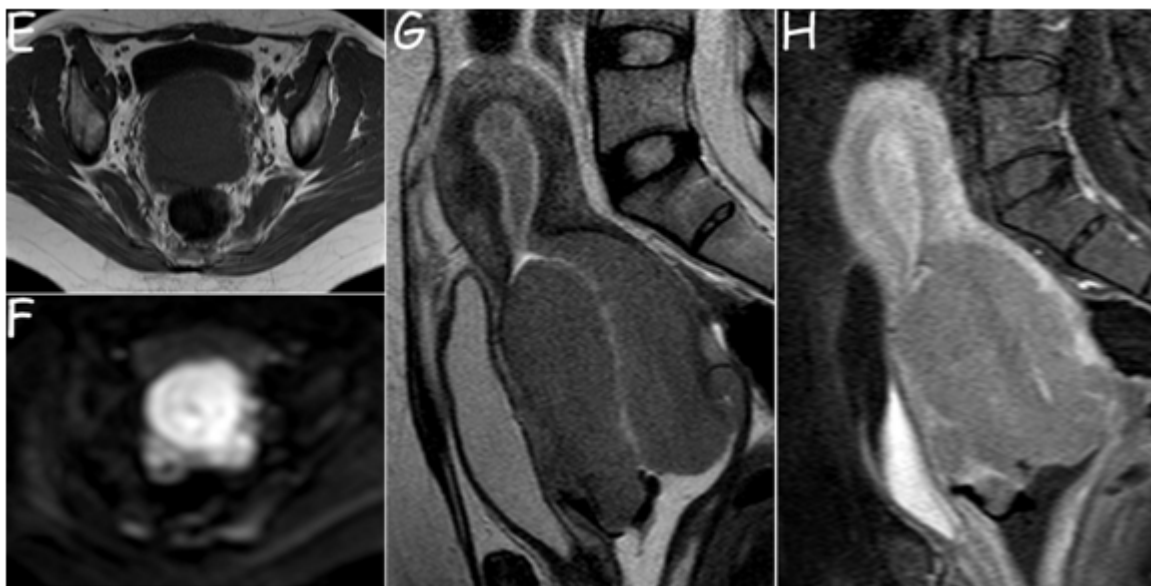


Figura 2. RM da pelve mostrando aumento dimensional do colo uterino, exibindo aspecto em “barril”, apresentando processo expansivo difuso de aspecto infiltrativo, se estendendo para o fundo vaginal, com ténue hiperssinal em T1 (E), sinais de restrição da difusão da água caracterizados pelo hipersinal na sequencia DWI (F), isossinal em sequencias ponderadas em T2 turbo spin echo (G) e discreto realce periférico pelo meio de contraste paramagnético endovenoso (H).

Optou-se pela realização de biópsia do colo uterino. Estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico subsequente revelou um linfoma não

Hodgkin difuso de grandes células B (P63, CD3, CK7, actina músculo liso 1 a 4, desmina, S100 e Melan A negativos; e CD20 positivo)(Figura 3).

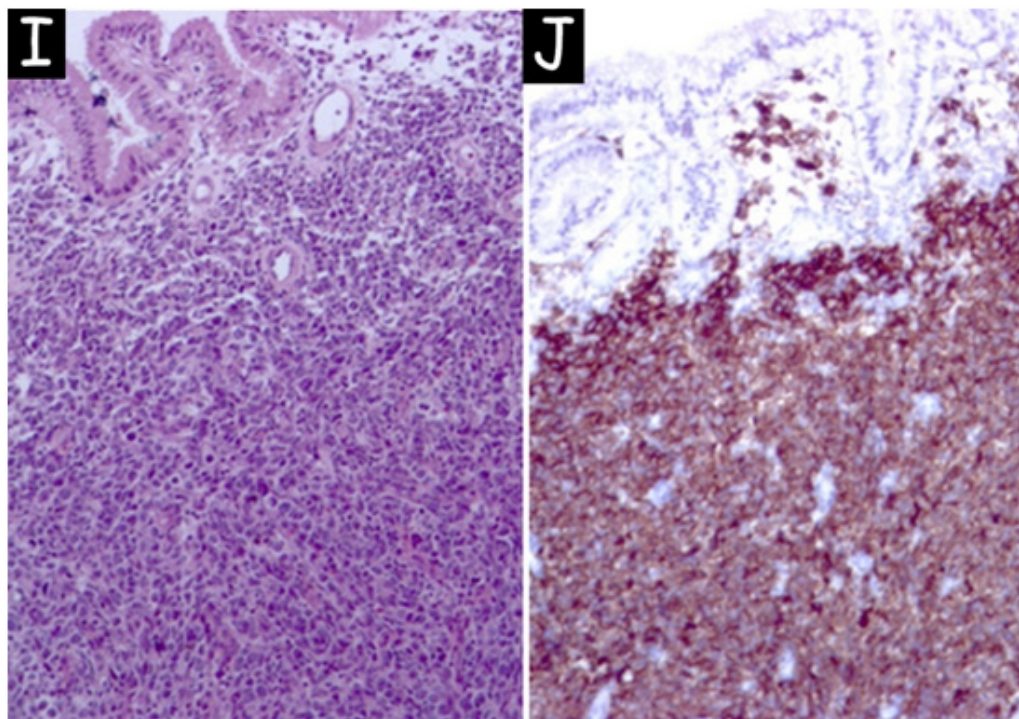


Figura 3. Lâminas de estudo histológico (I,J). Coloração de rotina - HE, mostrando a lesão subjacente à superfície da mucosa endocervical (I). Reação de imuno-histoquímica mostrando positividade difusa para CD20 na lesão (células de coloração acastanhada)(J).

Foram realizados outros exames de diagnóstico por imagem para estadiamento e biópsia de medula óssea, sem anormalidades.

Iniciou-se tratamento com protocolo R-CHOP, utilizando rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e filgrastima; ainda em curso, com boa resposta inicial e evoluindo favoravelmente.

Discussão

Linfomas são denominados primários em determinando sítio quando originários ou confinados a esse e não inseridos em contexto de doença sistêmica¹. O acometimento do útero por linfomas secundários e principalmente primários é bastante incomum,^{3,6} sendo o colo uterino o segmento mais envolvido.¹⁻⁸ Representam menos de 1% das malignidades cervicais,¹ com poucos casos descritos na literatura (números próximos de 200 relatos).^{4,5} O tipo histológico mais frequente no útero é o não Hodgkin difuso de grandes células B¹⁻⁸ (até 70%),¹ com pico de incidência próximo a 45-55 anos.²⁻⁶ Os sintomas e achados clínicos muitas vezes são inespecíficos,^{2,4,6} sendo o sangramento vaginal o mais comum, seguido por dispareunia, dor pélvica e leucorréia fétida.¹⁻⁷ Sintomas B são incomuns (perda ponderal, febre noturna e astenia).²⁻⁵

A colpocitologia tem baixa acurácia diagnóstica nesse contexto, muitas vezes sendo normal ou descrevendo alterações inflamatórias.² De forma geral, nos exames de imagem, principalmente US e RM, frequentemente exibem um padrão de aumento dimensional difuso cervical, homogêneo, com aspecto em "barril", preservando a arquitetural locorregional, endométrio e a zona juncional.^{1,3,6,7} Eventualmente podem se apresentar como lesão polipoide (25%) e massa sólida (20%).^{1,6} Necroses e ulcerações são incomuns.¹ O US pode demonstrar as características citadas e fluxo ao estudo com Doppler colorido,^{1,6} entretanto apresenta limitações para sua detecção, estadiamento e na diferenciação com carcinomas.^{3,6} A RM é o método de diagnóstico por imagem de escolha, proporcionando adequado estadiamento.^{1,6} Pode apresentar alto sinal nas sequências ponderadas em T2⁶⁻⁸, sinal discretamente hipointenso em T1.^{1,6,7} Sinais de restrição da difusão da água e realce discreto ao meio de

contraste também podem ser observados.³ O diagnóstico definitivo é obtido através de estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico, geralmente após realização de biópsia com fragmentos do colo uterino.^{1,2,3,6,9} Os principais diagnósticos diferenciais incluem carcinoma cervical de células escamosas, carcinoma de endométrio com invasão cervical, alterações inflamatórias difusas, carcinoma de pequenas células, melanomas, fibrinóides e sarcomas.^{1,3,4,6}

Não existe um consenso estabelecido para o tratamento de linfomas cervicais devido a sua raridade, observando-se a utilização das opções de quimioterapia (esquemas CHOP e R-CHOP), radioterapia, cirurgia ou combinações dessas.^{1,2,5,6,8,9}

Vários programas de prevenção ao câncer de colo uterino têm proporcionado diagnósticos precoces e tratamentos curativos, sendo que na prática diária os carcinomas de células escamosas são muito mais comuns que as outras possibilidades, entretanto quando os aspectos de imagem forem sugestivos de linfoma, como no caso apresentado, essa hipótese pode ser considerada.

Referências

1. Onyiuke I, Kirby AB, McCarthy S. Primary Gynecologic Lymphoma: Imaging Findings. *AJR Am J Roentgenol.* 2013; 201: 648-55.
2. Köhler HF, Novik PR, Campos AH. Lymphoma of the uterine cervix: report of two cases and review of the literature. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30:626-30.
3. Kanaan D, Parente DB, Constantino CPL et al. Linfoma de colo de útero: achados na ressonância magnética. *Radiol Bras.* 2012; 45:167-9.
4. Anagnostopoulos A, Mouzakiti N, Ruthven S, Herod J, Kotsyfakis M. Primary cervical and uterine corpus lymphoma; a case report and literature review. *Int J Clin Exp Med.* 2013; 6:298-306.
5. Igwe E, Diaz J, Ferriss J. Diffuse large B cell lymphoma of the cervix with rectal involvement. *Gynecol Oncol Rep.* 2014;10:1-4.
6. Korivi BR, Jensen CT, Patnana M, Patel KP, Bathala TK. A Rare Presentation of Lymphoma of the Cervix with Cross-Sectional Imaging Correlation. *Case Rep Radiol.* 2014; 2014: Article ID 157268, 5 pages.
7. Okamoto Y, Tanaka YO, Nishida M, Tsunoda H, Yoshikawa H, Itai Y. Imaging of the Uterine Cervix: Imaging-Pathologic Correlation. *RadioGraphics.* 2003; 23:425-45.
8. Suzuki Y, Tamaki Y, Hasegawa M, Maebayashi K, Mitsuhashi N. Magnetic resonance images of primary malignant lymphoma of the uterine body: a case report. *Jpn J Clin Oncol.* 2000; 30:519-21.
9. Pinto E, Batista S, Lourenço C, Gonçalves J, Ramalho G. Linfomas ginecológicos. *Acta Obstet Ginecol Port.* 2014; 8:201-5.