

ARTIGO ORIGINAL

Relato de Caso - Linfoma Gastrico Tipo Malt

Mariane Corrêa¹ Maria Zélia Baldessar² Luiz Eduardo Wanrowsky Fissmer³
Nei Euclides Fava⁴ Jaime Cezar Souza⁵

Introdução

Linfomas MALT (tecido linfóide associado à mucosa) são linfomas não Hodgkin originados de células da zona marginal em sítios extranodais. Os sítios primários mais frequentes são estômago, glândulas salivares, pulmão, tireóide e glândula lacrimal. Os linfomas gástricos primários ocupam o segundo lugar das neoplasias gástricas, perdendo apenas para os adenocarcinomas. Ao que parece, o tecido linfóide associado à mucosa (MALT) surge no estômago em resposta à infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*. A base do tratamento é a quimioterapia associada à erradicação do *H. pylori* ou tratamento locorregional.^{1,2,3}

História e Evolução

TFR, sexo feminino, 59 anos, casada, natural e procedente de Tubarão. Há 1 ano iniciou com plenitude pós-prandial e epigastralgia, associadas a náuseas e vômitos, referindo piora progressiva nos últimos três meses. A paciente relata que fazia uso de voltarenã há 18 meses. O exame físico foi realizado, não apresentando particularidades. Foi solicitada uma radiografia de tórax, que não demonstrou alterações. Uma tomografia computadorizada (TC) de tórax e abdome foi solicitada a qual evidenciou: granuloma calcificado no baço, acentuado

espessamento de parede gástrica inferior envolvendo o corpo e antro, associado à infiltração dos planos mesentéricos adjacentes; infiltrações planos adjacentes e plano de clivagem entre a lesão e o corpo do pâncreas; adenomegalias mesentéricas e adjacentes à grande curvatura gástrica e hilo esplênico.

Uma endoscopia digestiva alta (EDA) realizada no mesmo momento demonstrou lesões ulceradas gástricas múltiplas, com o laudo anatomopatológico de neoplasia infiltrante indiferenciada, Linfoma não Hodgkin (tipo MALT difuso). Na seqüência, exames laboratoriais demonstraram: VHS 52mm e PCR 6.3mg/dl; fosfatase alcalina 193U/l; desidrogenase láctica 826 U/l. A imunohistoquímica evidenciou CD20+ ; CD3- ; AE1 e AE3 - ; MIB1 + 90% + / LNH tipo alto grau com proliferação de 90% ; biópsia da medula óssea com celularidade 60%; ME 2/3:1, medula óssea com hiperplasia para idade sem neoplasia.

Uma EDA, realizada 4 meses após a primeira, demonstrou regressão das lesões após erradicação do *H. pylori* e da poliquimioterapia com CHOP (ciclofosfamida, daxorubicina, vincristina e prednisona).

Este caso relata uma patologia extremamente específica, a qual pode apresentar-se com sintomas gástricos dispépticos inespecíficos, sendo necessária habilidade clínica, auxílio de exames complementares para se fazer o diagnóstico definitivo e início da terapêutica adequada.

1. Aluna do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).
 2. Médica hematologista, professora da disciplina de Bases da Clínica Médica do Curso de Graduação em Medicina da UNISUL.
 3. Aluno do Curso de Graduação em Medicina da UNISUL.
 4. Médico hematologista, professor do módulo de hematologia da disciplina Sistema Córdio-Respiratório do Curso de Graduação em Medicina da UNISUL.
 5. Médico endoscopista, preceptor do estágio de clínica cirúrgica do Internato Médico do Curso de Graduação em Medicina da UNISUL.
- Departamento e instituição no qual o trabalho foi realizado:
Disciplina de Bases da Clínica Médica do Curso de Graduação em Medicina da UNISUL.

Referências Bibliográficas:

1. Dani R. Gastroenterologia essencial. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Guanabara Koogan, 2001.
2. Gonçalves R. *Helicobacter pylori* e linfoma gástrico. Revista de Saúde Amato Lusitana 1998; 8: 35-37.
3. Zago MA, Falcão RP, Pasquini R. Hematologia - fundamentos e prática. São Paulo (SP): Editora Atheneu, 2001.