

# Relato de Caso

## Linfoma não-Hodgkin endobrônquico\*

### Endobronchial involvement in non-Hodgkin's lymphoma

MAURO ZAMBONI<sup>(TE SBPT)</sup>, AURELIANO MOTA CAVALCANTI DE SOUSA<sup>(TE SBCT)</sup>,  
DEBORAH CORDEIRO LANNES, CRISTINA MARIA CANTARINO GON ALVES,  
EDSON TOSCANO CUNHA<sup>(TE SBCT)</sup>, SAMUEL ZWINGLIO DE BIASI CORDEIRO<sup>(TE SBCT)</sup>,  
PAULO DE BIASI CORDEIRO<sup>(TE SBCT)</sup>

Os linfomas não-Hodgkin fazem parte de um grupo de doenças malignas linfoproliferativas com diferentes padrões de comportamento, de tratamento e de prognóstico. Eles podem comprometer as estruturas intratorácicas, particularmente o mediastino e o parênquima pulmonar, em alguma fase do curso da doença. Entretanto, o envolvimento endobrônquico é extremamente raro, mesmo na presença de doença avançada. Os autores relatam um caso de linfoma não-Hodgkin endobrônquico e fazem revisão da literatura.

Non-Hodgkin's lymphomas belong to a group of lymphoproliferative malignancies with different behavior, treatment and prognostic patterns. During the course of the disease, they may affect the thoracic structures – especially the mediastinum and the pulmonary parenchyma. However endobronchial involvement is extremely uncommon, even in presence of advanced disease. Here, we report a case of non-Hodgkin's endobronchial lymphoma and make a review of the literature.

(*J Bras Pneumol* 2004; 30(1) 53-5)

#### INTRODUÇÃO

Os linfomas não-Hodgkin pertencem a um grupo heterogêneo de doenças malignas linfoproliferativas com distintos padrões de comportamento, prognóstico e tratamento. Eles podem envolver as estruturas torácicas, particularmente o mediastino e o parênquima pulmonar, em até 43% dos pacientes em alguma fase do curso da doença<sup>(1)</sup>. Entretanto, o envolvimento endobrônquico é muito raro, mesmo na presença de doença avançada.

O primeiro relato do comprometimento endobrônquico pelo linfoma não-Hodgkin foi feito por Dawe, em 1955<sup>(2)</sup>. Desde então, 59 casos foram relatados na literatura<sup>(3-6)</sup>.

#### RELATO DO CASO

Uma mulher de 24 anos, não fumante, procurou atendimento médico com história de

três meses de evolução, queixando-se de tosse seca, discreta dispnéia e emagrecimento de 3kg (<10% do peso corporal habitual). Não referia febre ou sudorese. Seu exame físico mostrava, de significativo, diminuição do murmúrio vesicular no terço superior do hemitórax esquerdo. Não havia linfadenomegalias periféricas palpáveis. Submeteu-se a radiografia do tórax, o qual mostrou opacidade na topografia do lobo superior do pulmão esquerdo (Figura 1). A tomografia computadorizada do tórax, realizada em seguida, mostrou opacidade heterogênea ocupando os 2/3 superiores do pulmão esquerdo. Havia discreta redução do volume pulmonar e pequeno derrame pleural desse lado. A opacidade presente no pulmão esquerdo estendia-se ao mediastino, e envolvia os vasos da transição crivico-torácica e o hilo pulmonar ipsilateral. (Figura 2). A tomografia

**Descritores:** Linfoma não-Hodgkin/complicações. Neoplasias pulmonares. Prognóstico.

**Key words:** Lymphoma, Non-Hodgkin's/complications. Lung neoplasm. Prognosis.

\* Trabalho realizado no Serviço de Tórax do Hospital do Câncer – INCA/MS, Rio de Janeiro, RJ

Endereço para correspondência: Dr. Mauro Zamboni – Rua Sorocaba 464/302 – CEP 22271-110 Rio de Janeiro – RJ. Tel/Fax : (21) 2537-5562 Email: zamboni@iis.com.br

Recebido para publicação, em 28/7/03. Aprovado, após revisão, em 16/9/03.

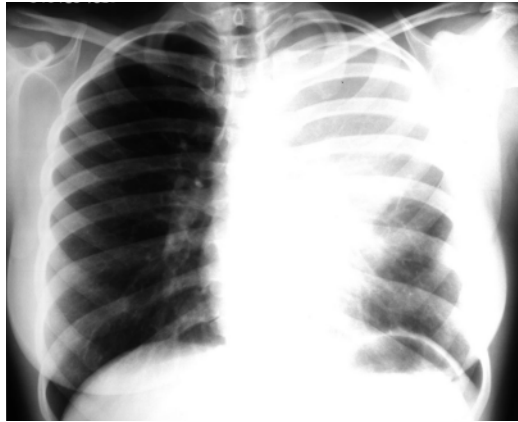
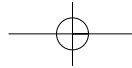


FIGURA 1: Radiografia do tórax com opacidade do lobo superior do pulmão esquerdo



FIGURA 3: Lesão vegetante em brônquio principal esquerdo

visualizada uma lesão vegetante de superfície lisa e brilhante, muito vascularizada, obstruindo praticamente toda a luz do brônquio principal esquerdo, na sua porção mais distal. Havia pequena abertura para o brônquio do lobo inferior, porém insuficiente para permitir a passagem do broncofibroscópio (Figura 3). A biópsia do tumor endobrônquico revelou que se tratava de um linfoma não-Hodgkin de grandes células, tipo B. A imunohistoquímica mostrou: ceratina AE1/AE3, cromogranina e sinaptafisina negativas; LCA e CD20 positivos; CD3 e CD30 negativos. Os exames

240U/L a 480U/L); discreta anemia: hemoglobina 10,4g/dl (valor normal: 11,5g/dl a 16,4g/dl); hematócrito: 32,8% (valor normal: 36% a 47%); e velocidade de hemossedimentação elevada: 67mm/1ª hora (valor normal: 0 a 9 mm/1ª h).

Foi instituída quimioterapia com ciclofosfamida, adriamicina, vincristina e prednisona (CHOP), o que determinou melhora clínica, com desaparecimento da tosse e da dispnéia, imediatamente após o primeiro ciclo.

## DISCUSSÃO

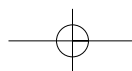
O envolvimento endobrônquico pelos linfomas é de ocorrência rara. Em 1934, Moolten descreveu dois casos de linfoma de Hodgkin envolvendo as vias respiratórias<sup>(7)</sup>. Entretanto, foi Dawe, em 1955, quem publicou o primeiro caso de linfoma não-Hodgkin com comprometimento endobrônquico<sup>(2)</sup>.

Vieta e Crower publicaram, em 1941, os achados das necropsias de 55 pacientes portadores de linfoma não-Hodgkin e em nenhum deles foi encontrado envolvimento endobrônquico<sup>(8)</sup>. Estudo semelhante de Papaioannau e Watson demonstrou somente uma lesão endobrônquica em 93 casos de linfomas primários do pulmão<sup>(9)</sup>. Esses trabalhos demonstram a raridade do comprometimento endobrônquico nos pacientes portadores de linfoma não-Hodgkin.

Nos portadores de linfoma não-Hodgkin, as



Figura 2: Tomografia computadorizada do tórax com opacidade heterogênea ocupando os 2/3 superiores do pulmão esquerdo



lesões endobrônquicas são mais freqüentemente observadas nos brônquios principais, seguidos pelos brônquios lobares e pela traqueia. O comprometimento de vários locais foi demonstrado em 30% de 31 casos, no trabalho de Eng e Sabanathan<sup>(3)</sup>.

São diversos os mecanismos sugeridos para o desenvolvimento da lesão endobrônquica em pacientes com linfomas. Entre eles estão a invasão direta a partir de lesão mediastinal ou parenquimatosa adjacentes, a disseminação linfática para os tecidos peribrônquicos, e a disseminação hematogênica. Os mecanismos mais comuns são a invasão brônquica direta e a disseminação hematogênica<sup>(1)</sup>.

Rose *et al.*<sup>(6)</sup> descreveram os dois modos de a doença se manifestar. O primeiro, tipo 1, caracteriza-se pela presença de nodulos submucosos difusos nas vias respiratórias dos pacientes com linfoma sistêmico. Existe considerável comprometimento do parênquima pulmonar, associado ou não a sintomas respiratórios. Sinais relacionados à obstrução endobrônquica são raros. O segundo, tipo 2, consiste de massa endobrônquica localizada em via aérea central, sem evidência de linfoma sistêmico, mas com linfadenomegalia regional. Este tipo está associado, na maioria das vezes, a sintomas de obstrução da via respiratória, como tosse e sibilos<sup>(6,10-12)</sup>.

Os sintomas apresentados pelos pacientes são, geralmente, inespecíficos. Dispneia, tosse e sibilos são os mais comuns, seguidos pela hemoptise. Os pacientes raramente são assintomáticos<sup>(10-15)</sup>.

Nos pacientes com envolvimento endobrônquico, o exame radiológico do tórax mostra a presença de atelectasia em 50% dos casos e de massa hilar em 20% deles<sup>(3,16,17)</sup>. A broncofibroscopia com a biópsia da lesão endobrônquica é o procedimento que define o diagnóstico.

O tratamento depende da extensão da doença, bem como das condições do paciente. A cirurgia raramente está indicada. Recomenda-se a quimioterapia, associada ou não à radioterapia.

A sobrevida mediana nesses casos é variável. Nos pacientes com doença localizada (tipo 2) ela situa-se em torno de três anos.

Naqueles com doença generalizada (tipo 1), a sobrevida não ultrapassa 13 meses<sup>(3)</sup>.

A importância clínica das lesões malignas endobrônquicas está relacionada à possibilidade de produzirem obstrução brônquica e conseqüente colapso pulmonar. Clínica e radiologicamente não é possível distinguir entre as outras possibilidades de doenças endobrônquicas: carcinoma, carcinoma ou linfoma.

#### Referências

1. Kilgore TL, Chasen MH. Endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *Chest* 1983;84:58-61.
2. Dawe CJ, Woolner LB, Parkhill EM, McDonald JR. Cytological studies of sputum secretions and serous fluids in malignant lymphoma. *Am J Clin Pathol* 1955;25:480-8.
3. Eng J, Sabanathan S. Endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *J Cardiovasc Surg* 1993;34:351-4.
4. Padilla Navas I, Shum C, Carratala JA, Sanchez JR, Ramos JA, Garcia-Pachon E. Tracheobronchial involvement in non-Hodgkin's lymphoma. *Arch Bronconeumol* 1994;30:49-51.
5. Hardy K, Nicholson DP, Schaefer RF, Ming Hsu S. Bilateral endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *South Med J* 1995;88:367-70.
6. Rose RM, Grigas D, Strattemeir E, Harris N, Linggood RM. Endobronchial involvement with non-Hodgkin's lymphoma - a clinical-radiologic analysis. *Cancer* 1986;57:1750-5.
7. Moolten SW. Hodgkin's disease of the lung. *Am J Cancer Med* 1934;21:253-94.
8. Vieta JO, Craver LF. Intrathoracic manifestations of the lymphomatoid diseases. *Radiology* 1941;37:138-59.
9. Papaionnau NA, Watson WI. Primary lymphoma of the lung: an appraisal of its natural history and a comparison with other localized lymphoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1965;49:373-87.
10. McRae WM, Wong CS, Jefery GM. Endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *Respir Med* 1998;92:975-7.
11. Berkman N, Breuer R, Kramer MR, Polliack A. Pulmonary involvement in lymphoma. *Leuk Lymphoma* 1996;20:229-37.
12. Hardy K, Nicholson DP, Schaefer RF, Hsu SM. Bilateral endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *South Med J* 1995;88:367-70.
13. Shimokawa S, Watanabe S, Niwatsukino H. Endobronchial infiltration of malignant lymphoma. *Ann Thorac Surg* 2000;69:198-05.
14. Mason AC, White CS. Endobronchial lymphoma. *AJR Am J Roentgenol* 1996;166:21-5.
15. Rema-Zoilo JJ, Ruiz Borrego M, Valenzuela Claros JC, Valladares Ayerbes MJ, *et al.* Primary endobronchial non-hodgkin's lymphoma: description of a case and review of the literature. *An Med Intern* 1998;15:97-9.
16. Gollin NL, Castellino RA. Diffuse endobronchial non-Hodgkin's lymphoma: CT demonstration. *AJR Am J Roentgenol* 1995;164:1093-4.
17. Mason AT, White CS. CT appearance of endobronchial non-Hodgkin's lymphoma. *J Comput Assist Tomogr* 1994;18:559-61.