

Linfoma Intestinal Difuso de Grandes Células B Variante Anaplásica: Desafio Diagnóstico Multidisciplinar – Um Relato de Caso

Anaplastic Variant of Intestinal Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Multidisciplinary Diagnostic Challenge – A Case Report

Susana Silva, Mariana Bastos

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Susana Silva [susana1997@live.com.pt]

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5304-2824>

Medicina Geral e Familiar, Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro,

Unidade de Saúde Familiar Aradas, Aradas, Portugal.

Rua da Oliveira, 65, 3810-437 Aradas

DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.1089>

RESUMO

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o tipo mais comum de linfoma não Hodgkin. Em cerca de 40% dos casos apresenta-se em localizações extranodais, nomeadamente no trato gastrointestinal. A apresentação clínica pode mimetizar doenças inflamatórias intestinais, doenças infecciosas ou neoplasias, dificultando o diagnóstico precoce. É apresentado o caso de um homem de 35 anos com queixas de dor lombar de ritmo mecânico com vários meses de evolução e sintomas constitucionais, inicialmente seguido com uma suspeita de doença de Crohn. Após extensa investigação multidisciplinar, o diagnóstico definitivo foi de LDGCB variante anaplásica, estágio IV-B, com envolvimento intestinal. Este caso realça a complexidade diagnóstica e a importância do acompanhamento clínico, da reavaliação de hipóteses de diagnóstico e do trabalho conjunto entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.

PALAVRAS-CHAVE: Dor Lombar; Equipa de Cuidados ao Doente; Linfoma Difuso de Grandes Células B; Linfoma não Hodgkin

ABSTRACT

Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is the most common type of non-Hodgkin lymphoma. In approximately 40% of cases, it presents in extranodal sites, particularly in the gastrointestinal tract. Its clinical presentation may mimic inflammatory bowel diseases, infectious conditions, or neoplasms, making early diagnosis challenging. We report the case of a 35-year-old man presenting with mechanical low back pain of several months'

Medicina Geral e Familiar, Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Unidade de Saúde Familiar Aradas, Aradas, Portugal.

Recebido/Received: 2025-08-06 Aceite/Accepted: 2026-04-21. Publicado online/Published online: 2026-06-08.

© Gazeta Médica 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© Gazeta Médica 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial

duration and constitutional symptoms, initially managed under the suspicion of Crohn's disease. Following an extensive multidisciplinary workup, a definitive diagnosis of anaplastic variant DLBCL, stage IV-B with intestinal involvement, was established. This case highlights the diagnostic complexity and underscores the importance of clinical follow-up, reconsideration of diagnostic hypotheses, and coordinated collaboration between primary care and hospital-based healthcare services.

KEYWORDS: Low Back Pain; Lymphoma, Large B-Cell, Diffuse; Lymphoma, Non-Hodgkin; Patient Care Team

INTRODUÇÃO

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o tipo mais comum de linfoma não Hodgkin, representando cerca de 25% a 30% destes linfomas. Tipicamente cursa com um aumento ganglionar sintomático na região cervical ou no tronco, mas em cerca de 40% dos casos pode ter uma apresentação extranodal e concomitantemente pode manifestar-se com a presença de sintomas B. É um tipo de linfoma agressivo, com rápida progressão, e por isso, o diagnóstico e tratamento precoces têm impacto positivo no prognóstico da doença.^{1,2}

Embora o LDGCB possa envolver qualquer tecido, o envolvimento do estômago e de outras porções do trato gastrointestinal são a apresentação extranodal mais comum. A avaliação do intestino delgado representa um desafio particular, dada a limitação dos métodos endoscópicos convencionais e a dificuldade de diferenciação radiológica entre processos inflamatórios e neoplásicos.

O envolvimento intestinal pelo LDGCB pode simular doença inflamatória intestinal, infeções como a mononucleose intestinal ou a tuberculose, neoplasias sólidas como carcinomas ou melanomas, ou a doença de Kikuchi, dada a semelhança dos sintomas.^{1,2} A evolução do LDGCB geralmente é insidiosa, e o diagnóstico pode ser demorado pela inespecificidade da sintomatologia. A confirmação da suspeita diagnóstica é realizada através da biópsia do tecido afetado, para análise da morfologia e da imunofenotipagem que, tipicamente, revelam camadas de células B grandes e transformadas, com nucléolos proeminentes e citoplasma basofílico, com padrão de crescimento difuso e alta fração proliferativa.¹

Os doentes com LDGCB são classificados como portadores de doença num estágio limitado (estágios I ou II) ou em estágio avançado (estágios III ou IV), correspondendo estes dois últimos a cerca de dois terços dos casos. O tratamento do LDGCB consiste habitualmente em seis ciclos de quimioimunoterapia à base de rituximab, em combinação com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisolona (R-CHOP), estando

associado a elevadas taxas de resposta e sobrevida a longo prazo em mais de dois terços dos doentes.¹

CASO CLÍNICO

Relata-se o caso de um homem de 35 anos, obeso, sem outros antecedentes relevantes e sem medicação habitual. Em agosto de 2022, iniciou queixas de lombodorsalgia de ritmo mecânico, com irradiação anterior para o membro inferior direito e sem noção de trauma/esforço. Recorreu à consulta médica na unidade de saúde familiar onde foram realizados a anamnese e o exame objetivo. Ao exame objetivo apresentava Lasègue positivo à direita pelo que foi admitida lombodorsalgia mecânica sem sinais de alarme e foi medicado sintomaticamente.

Em janeiro de 2023 por persistência dos sintomas, apesar da medicação, recorreu a ortopedista que prescreveu uma ressonância magnética (RM) lombosagrada que revelou a presença de “discopatia L5-S1 sem alterações expressivas endocanais”.

Em dezembro de 2023, por manutenção dos sintomas, com agravamento dos descritores neuropáticos e com a presença de sintomas constitucionais – perda de peso não intencional (cerca de 15 kg num ano), sudorese noturna, dois picos febris diários e astenia - realizou um estudo analítico e uma ecografia abdominal. Dos exames iniciais realizados destacavam-se anemia microcítica e hipocrómica (Hb 12,1 g/dL) e leucocitose com neutrofilia (L 12,17 x10⁹/L e N 8,8 x10⁹/L). A ecografia abdominal revelou “formação nodular hipoeecogénica e heterogénea, com cerca de 65 x 37 mm de maiores eixos, inespecífica ecograficamente (...) espessamento parietal de algumas ansas intestinais”. Com base nestes resultados foi prescrita uma tomografia computadorizada (TC) abdominal e pélvica, que veio a revelar “extensa área de espessamento de ansas intestinais envolvendo o cego, cólon ascendente e também o íleo terminal (...) múltiplas adenopatias dispersas pela cavidade peritoneal bem como densificação da gordura, de aspeto estriado, em relação com extenso processo infiltrativo (...) Áreas de necrose ou abcedação entre as

ansas intestinais e o músculo psoas íliaco direito”. Foi solicitada a realização de endoscopia digestiva alta e colonoscopia em fevereiro de 2024, e realizadas biópsias durante estes exames. A endoscopia digestiva alta revelou “mucosa hiperemiada sem erosões ou ulcerações do antro”, e as biópsias não tinham alterações. A colonoscopia revelou “hiperémia, edema e erosões na válvula ileocecal”, onde foram realizadas biópsias que revelaram “hiperplasia nodular linfóide ileal”. Foi solicitada RM abdominal que revelou “Provável doença de Crohn agudizada, fistulizante (predomínio no intestino delgado) (...) volumosa coleção inflamatória/abecedada ao longo do músculo psoas maior à direita com 11 x 31 cm” – visível na Fig. 1.

Solicitada entero-RM que revelou “provável doença intestinal inflamatória (Crohn), com comportamento estenosante e sinais exuberantes de doença penetrante, com fístulas complexas e abscessos associados.”.

Em abril de 2024, por agravamento dos sintomas, foi decidido o internamento no serviço de gastroenterologia para melhor caracterização e estudo da doença. No decorrer deste internamento, foi submetido a uma angio-TC abdominopélvica que confirmou a presença de “gânglios linfáticos proeminentes em maior número do que o habitual ao longo do retroperitoneu e do mesentério (...) com conteúdo hipodenso provavelmente necrótico/supurados”.

Perante este conjunto de resultados, colocaram-se como principais diagnósticos diferenciais a doença de Crohn e a tuberculose intestinal. Para esclarecimento destes, foram realizados a drenagem das coleções intestinais, a biópsia das adenomegalias mesentéricas, a biópsia do músculo psoas maior à direita, uma nova colonoscopia e o estudo analítico. O estudo analítico revelou IGRA negativo, tendo a pesquisa de micobactérias nas coleções intestinais, por exame direto e

exame cultural, sido igualmente negativa. Tornando a hipótese de tuberculose intestinal improvável. A colonoscopia, realizada em maio de 2024, revelou “múltiplas úlceras do cólon ascendente e ângulo hepático, a de maiores dimensões com atingimento hemircunferencial, duro ao toque da pinça” como se pode ver na Fig. 2. Foram realizadas biópsias que foram compatíveis com o diagnóstico de LDGCB variante anaplásica. O resultado da biópsia da lesão do músculo psoas maior e das adenomegalias também foi de encontro com o diagnóstico da biópsia cólica.



FIGURA 1. Coleção inflamatória/abecedada ao longo do músculo psoas maior

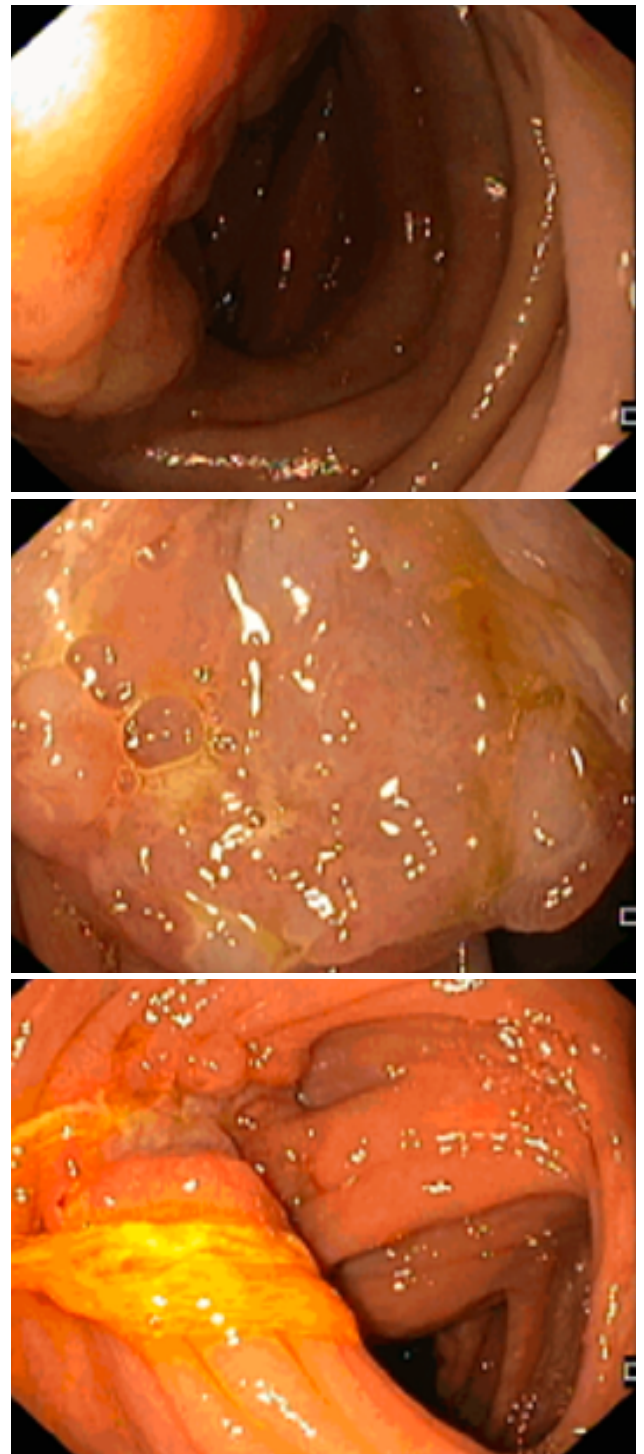


FIGURA 2. Achados da colonoscopia

Foi então prescrita uma PET que revelou intensa atividade compatível com linfoma disseminado a envolver as ansas intestinais do flanco direito e na fossa ilíaca direita, mesentério, músculo psoas direito e gânglios linfáticos dos níveis pré-cava, pré-aórtico e para-aórtico, cadeias ilíacas externas e grande curvatura do estômago e tecido subcutâneo do períneo. Com base nos exames realizados, foi feito o diagnóstico de LDG-CB variante anaplásica, estágio IV B. Foi iniciado tratamento com um esquema de imunoterapia com R-CHOP. No 2º ciclo de tratamento, o doente sofreu uma perfuração intestinal ao nível do íleo direito, sendo submetido a laparotomia exploradora e ileoceclectomia direita. Evoluiu favoravelmente, atingiu remissão metabólica completa, confirmada por PET realizada em dezembro de 2024, após 6 ciclos de imunoterapia com R-CHOP.

DISCUSSÃO

A variante anaplásica do LDGCB é rara, distinguindo-se morfológicamente por um elevado pleomorfismo e comportamento agressivo. O envolvimento intestinal primário está associado a um pior prognóstico, especialmente quando o diagnóstico é tardio. A atuação precoce, guiada pela suspeita clínica fundamentada, é essencial para evitar complicações como a perfuração e a necessidade de cirurgia de urgência.¹ Este caso coloca em evidência a complexidade diagnóstica dos linfomas intestinais com apresentação subaguda e sintomas inespecíficos. A sua semelhança clínica e imagiológica com patologias inflamatórias intestinais, como a doença de Crohn, é frequentemente referida na literatura.^{1,3}

A marcha diagnóstica das patologias do intestino delgado constitui um desafio clínico relevante, devido à inespecificidade da sintomatologia e às limitações dos métodos endoscópicos convencionais na avaliação deste segmento intestinal.⁴ Sintomas como dor abdominal crônica, anemia inexplicada, perda ponderal, febre persistente e alterações inflamatórias laboratoriais devem motivar investigação imagiológica precoce, geralmente iniciada por TC abdominal, que permite identificar espessamento parietal, massas, adenopatias associadas e complicações como abscessos ou perfuração.^{4,5} A entero-RM é particularmente útil na suspeita de doença inflamatória intestinal, permitindo avaliar a extensão e atividade inflamatória.⁵ No entanto, os seus achados podem ser pouco específicos, sendo frequente a dificuldade em distinguir processos inflamatórios de infiltração neoplásica, sobretudo em apresentações exuberantes ou fistulizantes.⁶

A obtenção do diagnóstico histológico constitui o passo decisivo na abordagem destas patologias, podendo ser realizada por biópsia endoscópica. Em situações de complicação ou dificuldade diagnóstica, a cirurgia exploradora pode ser necessária.⁴

A abordagem dinâmica e multidisciplinar é essencial para evitar atrasos no diagnóstico e melhorar o prognóstico dos doentes.⁶

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

SS - Redação do manuscrito, revisão da literatura, coleta e análises dos dados clínicos.

MB - Contribuição na redação final, discussão do caso clínico e revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada

SS - Drafting of the manuscript, literature review, collection, and analysis of clinical data.

MB - Contribution to the final drafting, discussion of the clinical case, and critical review of the manuscript.

All authors approved the final version to be published

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer-reviewed.

REFERÊNCIAS

1. Padala SA, Kallam A. Cancer, Diffuse Large B Cell Lymphoma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023 [accessed Apr 24 2025] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557796/>
2. Li S, Young KH, Medeiros LJ. Diffuse large B-cell lymphoma. *Pathology*. 2018;50:74–87. doi: 10.1016/j.pathol.2017.09.006
3. Sehn LH, Salles G. Diffuse large B-cell lymphoma. *N Engl J Med*. 2021;384:842–58. doi: 10.1056/NEJMra2027612
4. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2011;17:697–707. doi: 10.3748/wjg.v17.i6.697
5. Rimola J, Ordás I, Rodríguez S, García-Bosch O, Aceituno M, Llach J, et al. Magnetic resonance imaging for evaluation of Crohn's disease: validation of parameters of severity and quantitative index of activity. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17:1759–68. doi: 10.1002/ibd.21551
6. Sehn LH, Salles G. Diffuse Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med*. 2021;384:842–58. doi: 10.1056/NEJMra2027612