

# HIPERPLASIA DIFUSA DO TIMO APÓS QUIMIOTERAPIA A DOENÇA DE HODGKIN

J.R. MOREIRA, U. BRITO, J. ROSADO, L. GASPAR, F. SOROMENHO

Serviço de Medicina 2. Hospital Curry Cabral. Lisboa.

## RESUMO

Os autores descrevem um caso de um doente de 23 anos com linfoma de Hodgkin de celularidade mista num estágio II-B que após quimioterapia desenvolveu uma massa mediastínica, cuja histologia revelou tratar-se de uma hiperplasia do timo.

## SUMMARY

### Thymic hyperplasia following chemotherapy for Hodgkin's Disease

The authors describe the case of a 23 year old man with mixed cellular Hodgkin's disease, stage II-B, who after chemotherapy developed a mediastinal mass that was histologically proven to be a diffuse thymic hyperplasia.

## INTRODUÇÃO

A hiperplasia do timo, sendo uma situação benigna pouco frequente, coloca problemas de diagnóstico diferencial com a doença neoplásica primitiva ou secundária do timo, que só a histologia pode esclarecer.

A excisão completa do órgão é recomendada, não só para permitir um estudo anatómico-patológico mais alargado, mas sobretudo pela capacidade de invasão de boa parte dos timomas<sup>1</sup>.

A presença de corpúsculos de Hassal, a ausência de células linfóides malignas e um epitélio colunar de características normais, permite estabelecer o diagnóstico<sup>2</sup>.

Pretendem os autores, ilustrar através da descrição de um caso clínico, a ocorrência de uma hiperplasia difusa do timo que se desenvolveu num doente com linfoma de Hodgkin, após quimioterapia.

## CASO CLÍNICO

E.J.O., 23 anos, sexo masculino, internado em Julho de 1987, que dois meses antes do internamento referiu aparecimento de astenia, adinamia, emagrecimento moderado, dores torácicas difusas, febre vespertina (37°-38°C), sudorese nocturna e tosse seca.

Um mês mais tarde, referiu aparecimento de uma massa nodular cervical esquerda, acompanhada de prurido generalizado.

Fumador de três U.M.A. Negava antecedentes de doença pulmonar.

No exame objectivo era relevante a presença de uma adenopatia cervical anterior esquerda com cerca de 2 cm de diâmetro, indolor, não aderente aos planos profundos e sem sinais inflamatórios.

A telerradiografia do tórax mostrava um alargamento do mediastino superior e os exames laboratoriais, uma leucocitose com neutrófila e uma velocidade de sedimentação de 50 mm na 1.ª hora.

Estabeleceu-se então o diagnóstico de Linfoma de Hodgkin de celularidade mista em estágio II-B (Fig. 1).

O doente fez três ciclos com Adrimicina, Bleomicina, Vincristina e Dacarbazina, verificando-se uma redução de 80-90% do volume das lesões ganglionares mediastínicas e regressão completa das lesões ganglionares cervicais, por critérios tomodensitométricos (TDM) (Fig. 2).

Nesta altura, inicia radioterapia de consolidação que interrompe cerca de doze dias depois por aparecimento de dor torácica, febre e tosse com expectoração mucopurulenta. Fez telerradiografia do tórax que mostrou imagem arredondada de limites bem definidos no mediastino anterior e superior.

Fez tratamento com amoxicilina com regressão da sintomatologia, mas persistência da imagem radiológica.

O estudo TDM não foi definitivamente esclarecedor porque, colocando a tónica numa recidiva do linfoma não per-

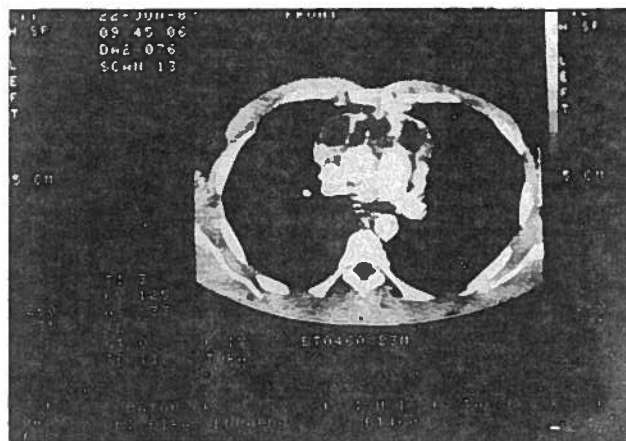


Fig. 1 — TAC torácica à entrada: Doença linfoproliferativa com envolvimento ganglionar predominantemente mediastínico anterior.

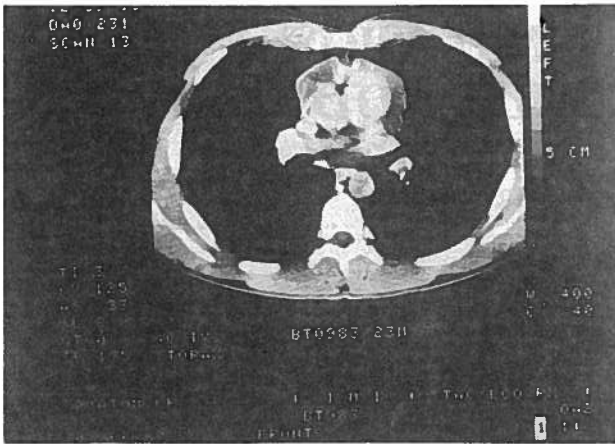


Fig. 2 — TAC torácica pós-quimioterapia: acentuada regressão das lesões ganglionares torácicas em cerca de 80-90%.

mitia excluir outras hipóteses, nomeadamente: tumor do mediastino anterior ou doença inflamatória (Fig. 3).

Em presença de massa mediastínica única, de etiopatogenia desconhecida, decidiu-se efectuar toracotomia exploratória.

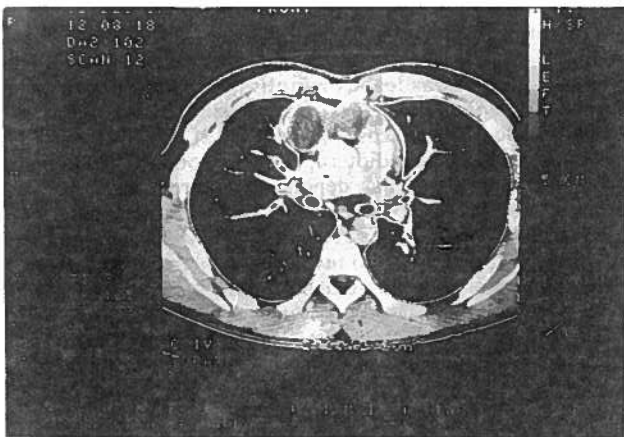


Fig. 3 — TAC torácica 60 dias pós-quimioterapia: novo alargamento do mediastino, ocupando progressivamente a loca tímica com densidade heterogénea.

dora que revelou timo aumentado de volume à custa de ambos os lobos com zonas nodulares duras, cuja histologia revelou tratar-se de uma hiperplasia difusa do timo.

O doente concluiu a radioterapia sem qualquer intercorrência. Mantem-se em follow-up até esta data em remissão completa.

## DISCUSSÃO

Admite-se serem as células Reed-Sternberg originárias de linfócitos T, que por acção de um agente oncogénico, se comportam como macrófagos de características neoplásicas destruindo os restantes linfócitos e levando à depressão imunitária. A quimioterapia, embora transitoriamente, vem agravar esta situação<sup>3</sup>.

SHIN e HO descreveram em 1983, pela primeira vez, uma hiperplasia difusa do timo num doente de 18 anos com um linfoma de Hodgkin de esclerose nodular.

A remissão da doença e a interrupção da quimioterapia, permitiram a recuperação da função do timo traduzida numa hiperplasia de carácter transitório<sup>3</sup>.

No nosso caso, esta não teria sido valorizada, não fora a infecção respiratória que levou à realização da telerradiografia do tórax.

A literatura consultada permite concluir que esta situação traduz uma estimulação imunitária constituindo ainda um sinal de bom prognóstico na evolução do linfoma, não devendo contudo, ser confundida com uma recidiva da doença.

Sugere-se no entanto que o diagnóstico seja feito por exame histológico<sup>3,4</sup>, com excisão total da massa<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. P. POUILLART, T. PALANGIÉ, T. DORVAL, M. JOURE, E. GARCIA-GIRALT: Thymomes; in *Cancers intrathoraciques*, Lucien Israel 1986: 177-191.
2. J. AMOUROUX, S.L. KEMENY: Thymomes. anatomie pathologique; in *Cancers intrathoraciques*, Lancet Israel 1986: 22-26.
3. MYUNG S., SHIN M.D., KANG-SEY H.O.M.D.: Diffuse thymic hyperplasia following chemotherapy for nodular sclerosing Hodgkin's disease; in *Cancers* 1983; 51: 30-33.
4. NORMA E. TARTAS, JORGE KORIN, CRISTINA S. DENGRA, LUCIA M. BARAZZUTTI, ADRIANA BLASETI, JULIO C. SANCHEZ AVALOS: Diffuse thymic enlargement in Hodgkin's disease; in *Jama* 1985; 254(3): 406.
5. EDINGTON H., SALWITZ J., LONGO D.L., ROTH J.A., PASS H.: Thymic hyperplasia masquerading as recurrent Hodgkin's disease: Case report and review of the literature; in *J Surg Oncol* 1986; 33(2): 120-3.