

# UM CASO DE DOENÇA DE HODGKIN COM COMPROMISSO ÓSSEO

FERNANDO M.S. BAPTISTA, PATRÍCIA ALVES, A. GALVÃO TELES

Serviço de Medicina 2, Hospital de Santa Maria, Universidade de Lisboa

## RESUMO

Os autores apresentam um caso de doença de Hodgkin com envolvimento ósseo e revêm a incidência, o quadro clínico e as características das lesões ósseas bem como o prognóstico desta situação.

## SUMMARY

**A case of Hodgkin's disease with bone involvement**

The authors present a case of Hodgkin's disease with bone involvement and they discuss the incidence, clinical picture, bone lesion characteristics and prognosis on that subject.

## INTRODUÇÃO

O compromisso ósseo na Doença de Hodgkin (DH) ocorre em 10-15% dos casos,<sup>1, 2</sup> podendo os sintomas ósseos ser a forma de apresentação da doença.

Apresenta-se um caso em que o diagnóstico de DH foi estabelecido 9 meses após o início dos sintomas ósseos e revê-se a incidência, sintomatologia, distribuição e características radiográficas das lesões ósseas da DH, bem como o prognóstico desta doença com compromisso ósseo.

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, de 17 anos de idade, internado no Serviço de Medicina 2 do Hospital de Santa Maria em Junho de 1984 com história de lombalgias iniciadas 9 meses antes. Em Janeiro de 1984 começou com febre, 37,5-38°C, sudação e emagrecimento, pelo que foi internado noutra Hospital. Foi-lhe detectada esplenomegália e uma massa na fossa ilíaca direita. Os exames laboratoriais efectuados mostravam uma VS de 50 mm na 1.ª hora.

Reacções de Widall, Hudleson, Waaler Rose e RA test foram negativos; a prova de Mantoux (1/10000) foi negativa (2 vezes). A ecografia abdominal revelou esplenomegália com ecoestrutura heterogénea e uma massa na fossa ilíaca direita de características quísticas. A radiografia da coluna lombar apresentava lesões osteolíticas de L2 a L4. Foi-lhe proposta laparotomia exploradora que recusou. Teve alta e nos meses seguintes os sintomas persistiram pelo que recorreu ao Hospital de Santa Maria tendo ficado internado.

A temperatura era de 38,2°C, o pulso rítmico com 100 ppm, a frequência respiratória de 20 c/min. Peso 49 Kg. e altura 1,77 m. A pele e as mucosas eram pálidas. Não se palpavam adenomegalias cervicais ou axilares. Na região inguinal esquerda palpavam-se duas adenomegalias, a maior com 2 cm de diâmetro. A observação pulmonar e cardíaca era normal. No abdómen palpava-se esplenomegália 5 cm abaixo do rebordo costal e uma massa na fossa ilíaca direita medindo 7 cm no seu diâmetro máximo. Não havia hepatomegália. A palpação e

percussão das apófises espinhosas ao nível da coluna lombar era dolorosa. O exame neurológico era normal.

Os exames laboratoriais apresentam-se no Quadro 1.

## QUADRO 1 — Valores Laboratoriais na altura da admissão e da alta após terapêutica citostática

	6.6.84	10.7.84
Hemoglobina (g/dl)	10,4	12,2
Leucócitos (n.º/mm <sup>3</sup> )	12.400	3.500
VS (mm 1.ª hora)	75	6
Plaquetas (n.º/mm <sup>3</sup> )	300.000	200.000
Ureia (mg/dl)	28	32
Glicémia	83	76
Cálcio (mg/dl)	9,0	9,4
Fósforo (mg/dl)	4,3	3,8
TGO/TGP (U/L)	22/35	10/28
Gama GT (U/L)	81	42
Fosfatase Alcalina (U/L)	201	131

O ECG e a radiografia do tórax PA eram normais. As radiografias da coluna cervico-dorso-lombar mostravam lesões em algumas vértebras lombares (Fig. 1). Na cintigrafia óssea (Pirofosfato <sup>99m</sup>TC) havia hiperfixação do radiofármaco na coluna dorsal superior, transição cervico dorsal e coluna lombar; assimetria na fixação ao nível das escápulo umerais com hiperfixação à direita; hiperfixação nas coxofemorais com maior compromisso à esquerda e cristas ilíacas igualmente hiperfixantes.

A tomografia axial computadorizada do abdómen mostrou volumosas adenopatias do hilo esplénico, para-aórticas e de ambas as cadeias ilíacas interna e externa mais acentuada à direita (correspondendo à massa palpável); lesões líticas de várias vértebras lombares e do acetábulo esquerdo. A biópsia do gânglio inguinal esquerdo estabeleceu o diagnóstico definitivo: Linfoma de Hodgkin (depleção linfocitária).

O Linfoma de Hodgkin foi classificado no estadio IVB e iniciou-se poliquimioterapia, como MOPP (Mostarda nitroge-



nada, vincristina, procarbazona e prednisona) alternando com ABVD (Doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina), num programa de 12 meses de terapêutica<sup>3</sup>. No fim do 1.º ciclo o doente ficou apirético, houve redução do tamanho da massa na fossa ilíaca direita e melhoria dos valores laboratoriais (Quadro 1).

## DISCUSSÃO

Embora o compromisso ósseo seja relativamente frequente na evolução da DH, oscilando entre 10-15% nas séries em que foi pesquisada por radiografia do esqueleto,<sup>1,2</sup> é raro que as queixas ósseas sejam manifestação inicial da doença.<sup>4</sup> Este facto associado à ausência da doença ganglionar facilmente detectável nomeadamente adenomegalias cervicais, axilares ou mediastínicas terá contribuído para o longo período decorrido entre as queixas iniciais e o diagnóstico, o que torna o caso raro.

O compromisso ósseo manifesta-se frequentemente por dor localizada, contínua e sem intervalo noturno. Pode, no entanto, acompanhar-se de sintomas neurológicos especialmente quando há lesão da coluna vertebral. As fracturas patológicas são raras.

A maioria das séries mostra à semelhança deste caso lesões ósseas múltiplas sendo a localização mais frequente ao nível da coluna dorso-lombar, aparecendo a bacia, as costelas, o esterno, o fémur, o crânio e as clavículas atingidas por ordem decrescente de frequência.<sup>1,2,5</sup> As lesões ósseas ocorrem por extensão directa a partir de massas ganglionares, originando erosão da margem anterior dos corpos vertebrais ou por via hematogénea e podendo ter aspecto radiológico de esclerose, destruição óssea ou misto. Mais frequentemente são lesões mistas (osteolíticas e osteoblásticas). Em alguns doentes encontram-se simultaneamente lesões osteolíticas e osteoblásticas).

Encontra-se neste doente a associação de lesões ósseas osteo-

líticas com o tipo histológico de depleção linfocitária, o que está de acordo com o demonstrado por Braunstein que ao correlacionar o tipo de lesões radiológicas com o tipo histológico verificou haver associação de lesões osteolíticas com os tipos histológicos de pior prognóstico, enquanto que a esclerose nodular se associa mais frequentemente com lesões osteoblásticas.<sup>5</sup>

Como é habitualmente apontado, a cintigrafia óssea mostrou ser o método de imagem mais sensível para demonstrar a extensão da lesão óssea.<sup>6</sup>

A elevação da fosfatase alcalina não é considerada um bom indicador de lesão óssea na DH,<sup>1,7</sup> referindo alguns autores que a sua elevação traduz predominantemente lesões hepáticas.<sup>2</sup> Parece ser o que acontece neste doente que apresenta uma elevação concomitante da gama-GT.

A resposta terapêutica foi favorável e o prognóstico dos doentes com envolvimento ósseo não é pior quando comparado com casos de DH sem lesões ósseas associadas.<sup>2</sup>

## BIBLIOGRAFIA

1. HORAN FT. Bone involvement in Hodgkin's disease. *Brit. J. Surg.* 1969; 56:277-81.
2. NEWCOMER LN, SILVESTEIN MB, CADMAN FC et al. Bone involvement in Hodgkin's disease. *Cancer* 1982; 49:342-388.
3. SANTORO A, BONADONNA G, BONFANTE V et al. Alternating drug combinations in the treatment of advanced Hodgkin's disease. *N. Engl. J. Med.* 1982; 306:770-5.
4. FUCILLA IS, HAMMAN A. Hodgkin's disease in bone. *Radiology* 1961; 77:53-59.
5. Hodgkin' disease of bone: Radiographic correlation with the histological classification. *Radiology* 1980; 137:643-46.
6. HERBERT JC, ASHBURN WI. Radiostromium bone scanning in Hodgkin's disease. *Cancer* 1978; 38:1142-1148.
7. AISENBERG AC, KAJLAN MM, REIDER SV et al. Serum alkaline phosphatase at onset of Hodgkin' disease. *Cancer* 1970; 26:318-326.