

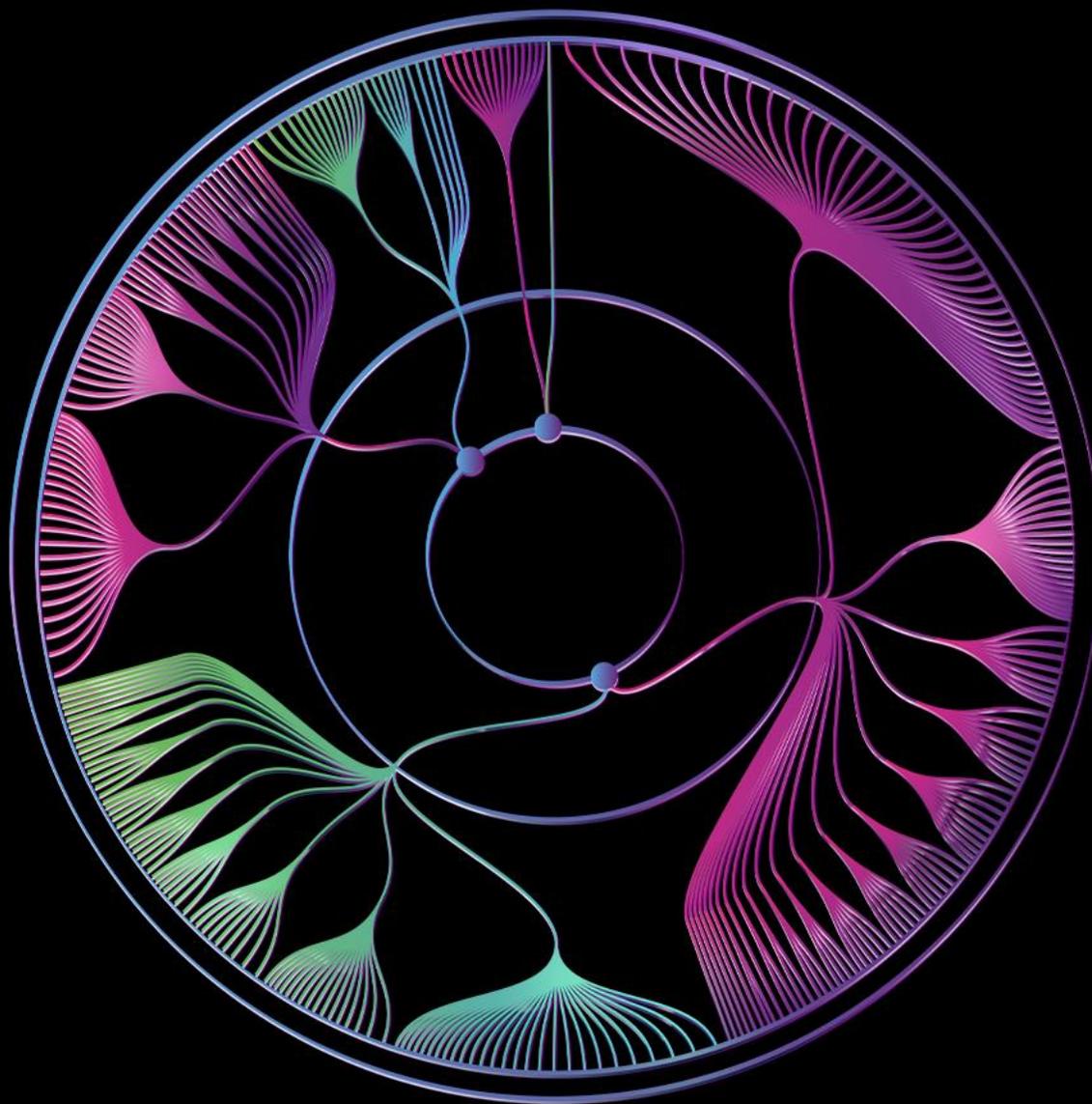
CBR22 51º CONGRESSO BRASILEIRO
DE RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

CASO Nº. 29

Patrocínio
educacional:



Colégio Brasileiro de Radiologia
e Diagnóstico por Imagem



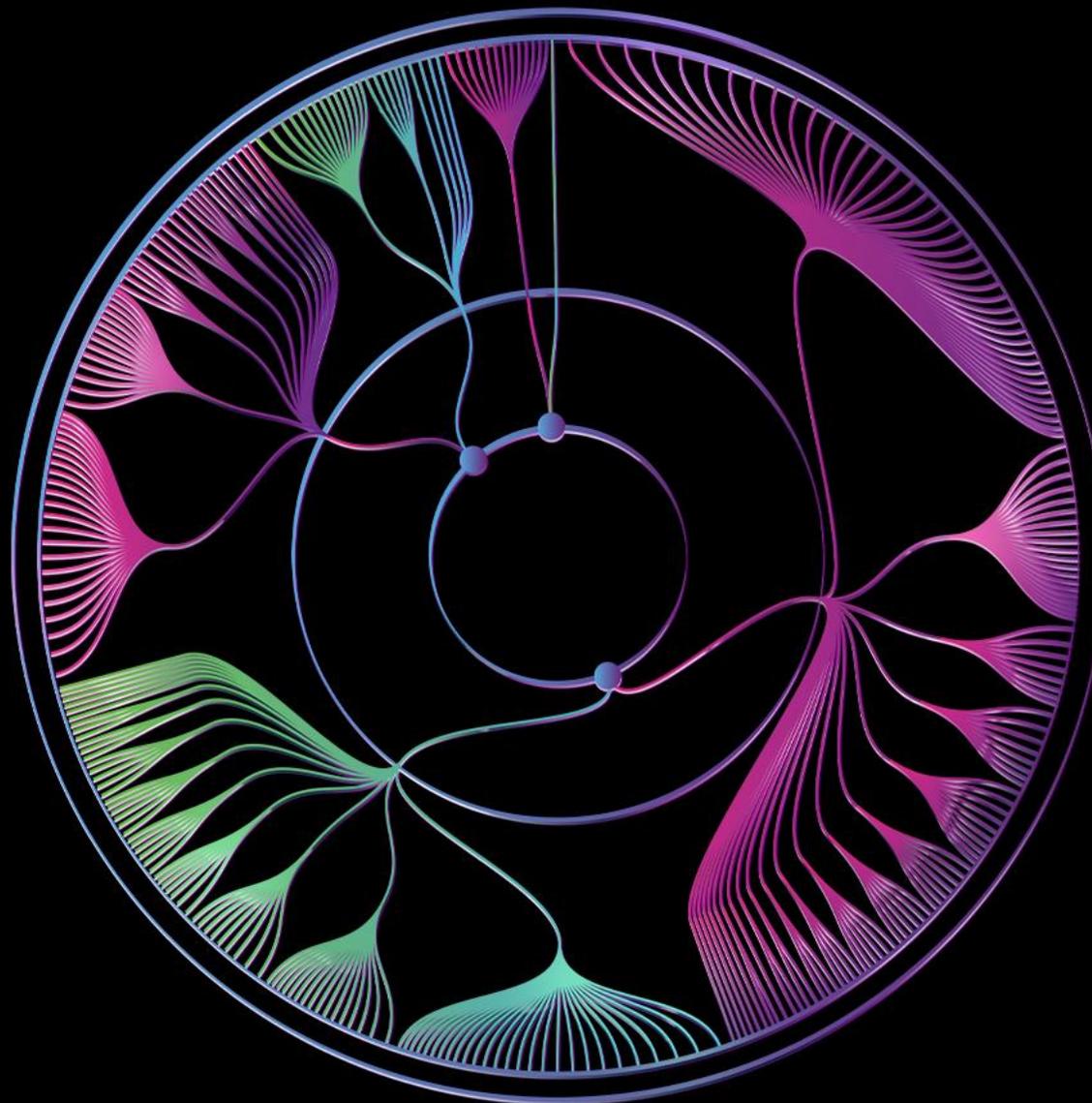
CBR22

51º CONGRESSO BRASILEIRO
DE RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Subespecialidade:

URO/DIGESTIVO

**Caso gentilmente cedido pelo Dr.
Hilton Leão**



cbr

Colégio Brasileiro de Radiologia
e Diagnóstico por Imagem

55 anos, feminino.

Dispepsia e Dor abdominal indefinida.

Antecedente Pessoais: Nega

Antecedentes Familiares: Nega

Hábitos e vícios

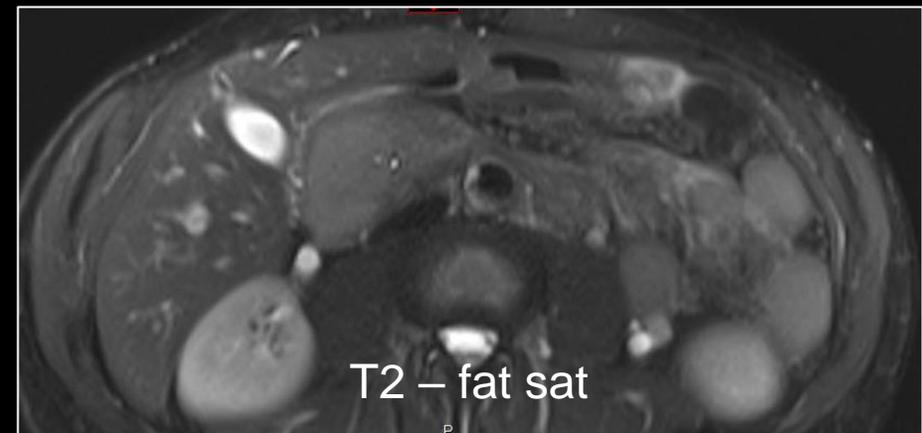
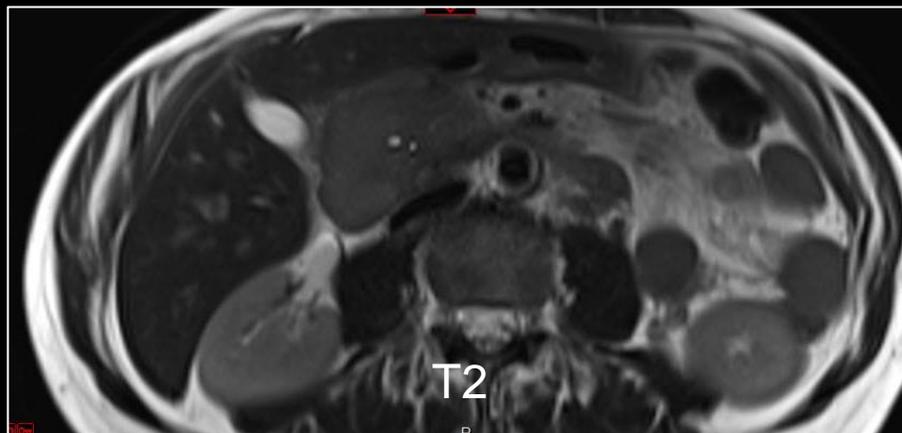
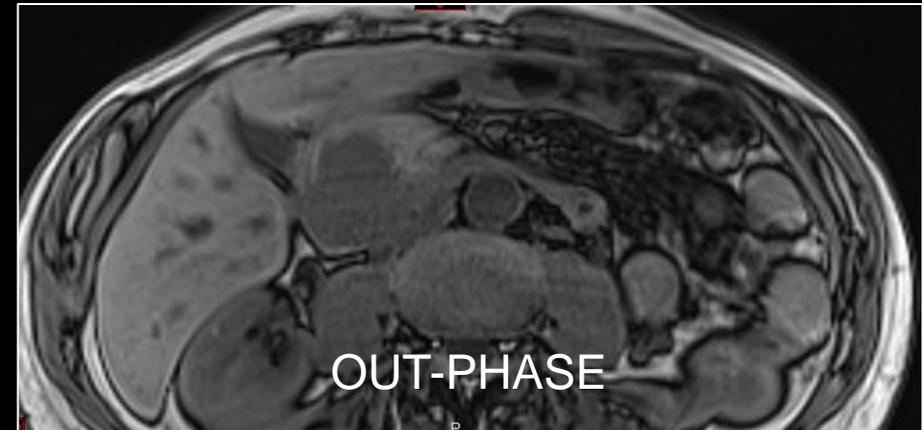
nega tabagismo ou etilismo

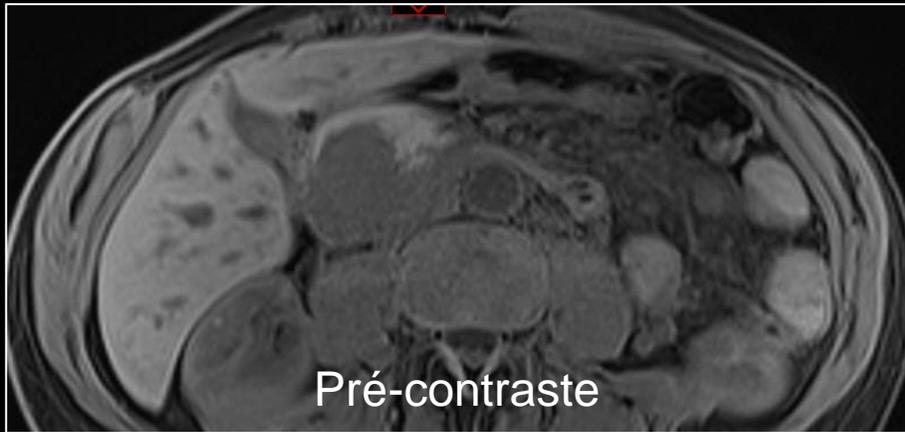
Exame Físico:

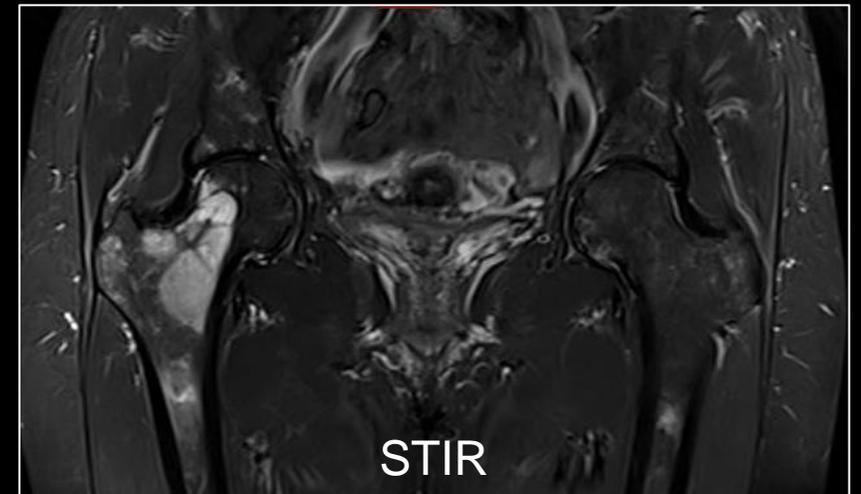
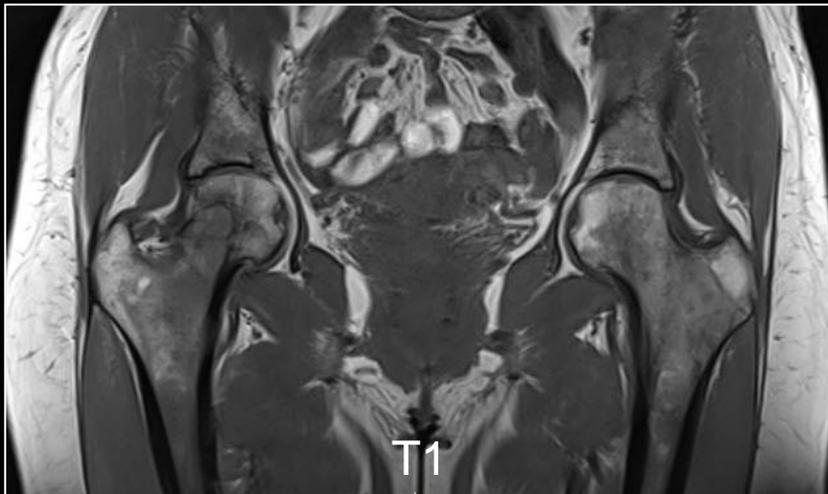
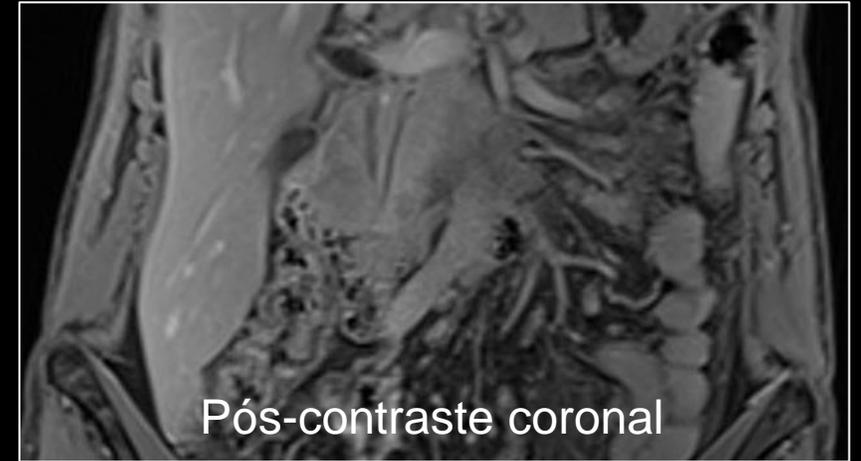
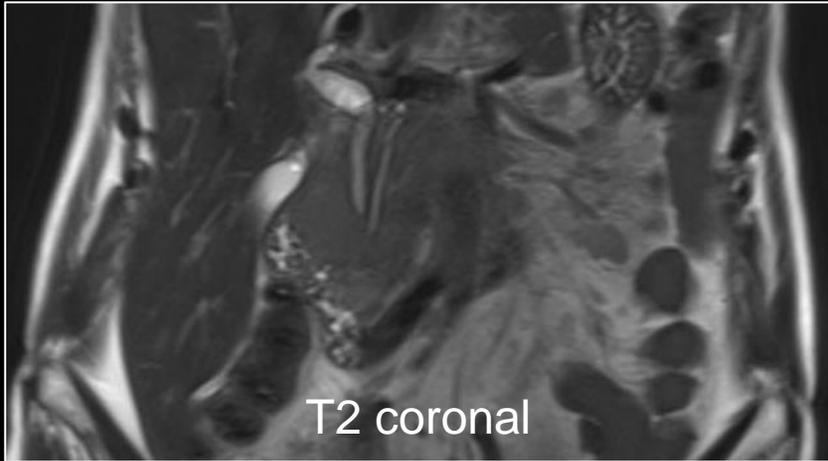
Peso 61 Kg Altura 1,70 m IMC 21,1 Kg/m²

Abdome plano, flácido, RHA+, sem massas palpáveis

Linfonodos palpáveis nas regiões axilares.





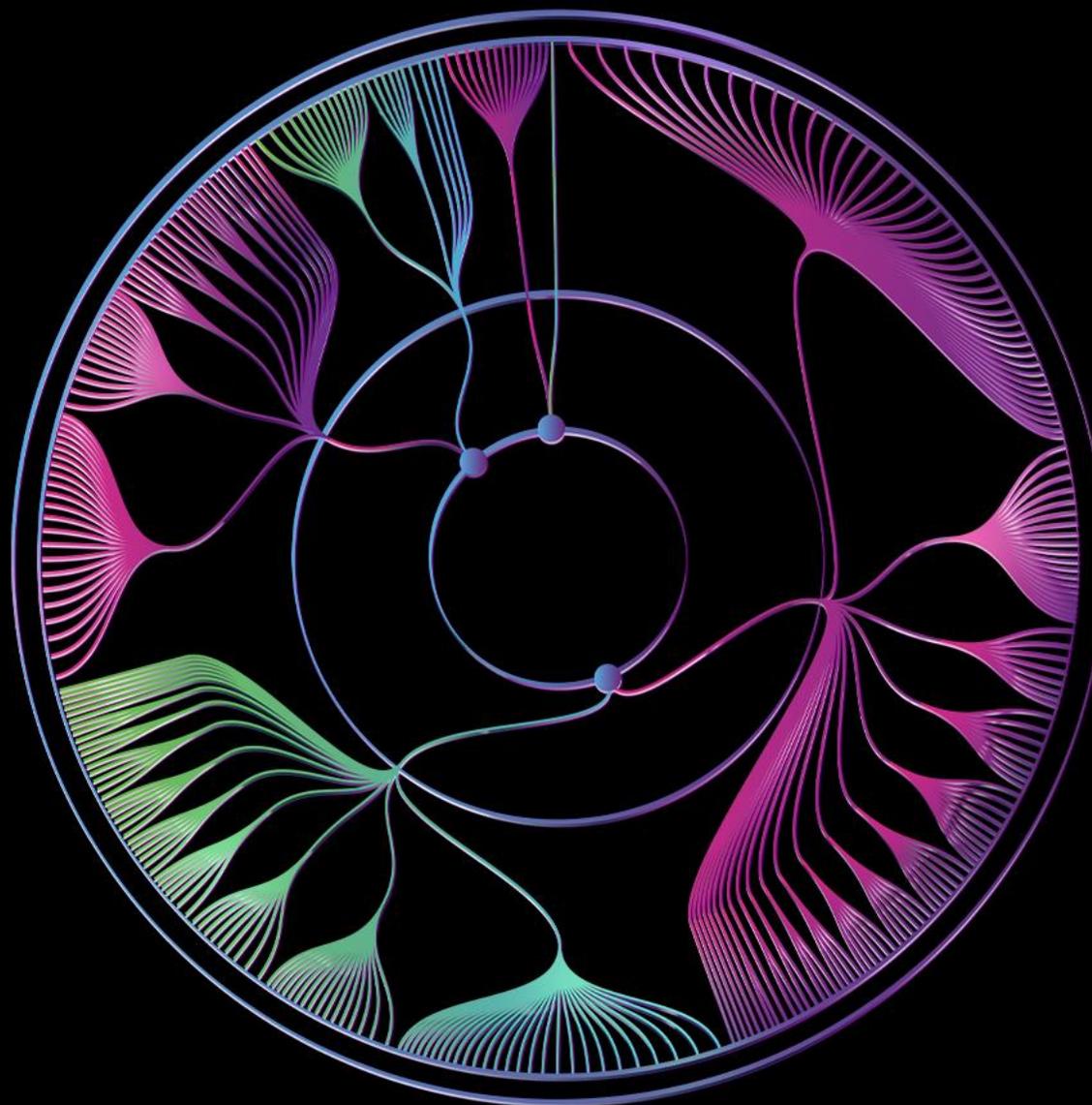


- a) Adenocarcinoma pancreático**
- b) Tumor neuroendócrino pancreático**
- c) GIST Duodenal**
- d) Sarcoma primário da VCI**
- e) Linfoma com comprometimento pancreático.**

CBR22

51º CONGRESSO BRASILEIRO
DE RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

**A partir deste slide só será
publicado após o fim da
Maratona**

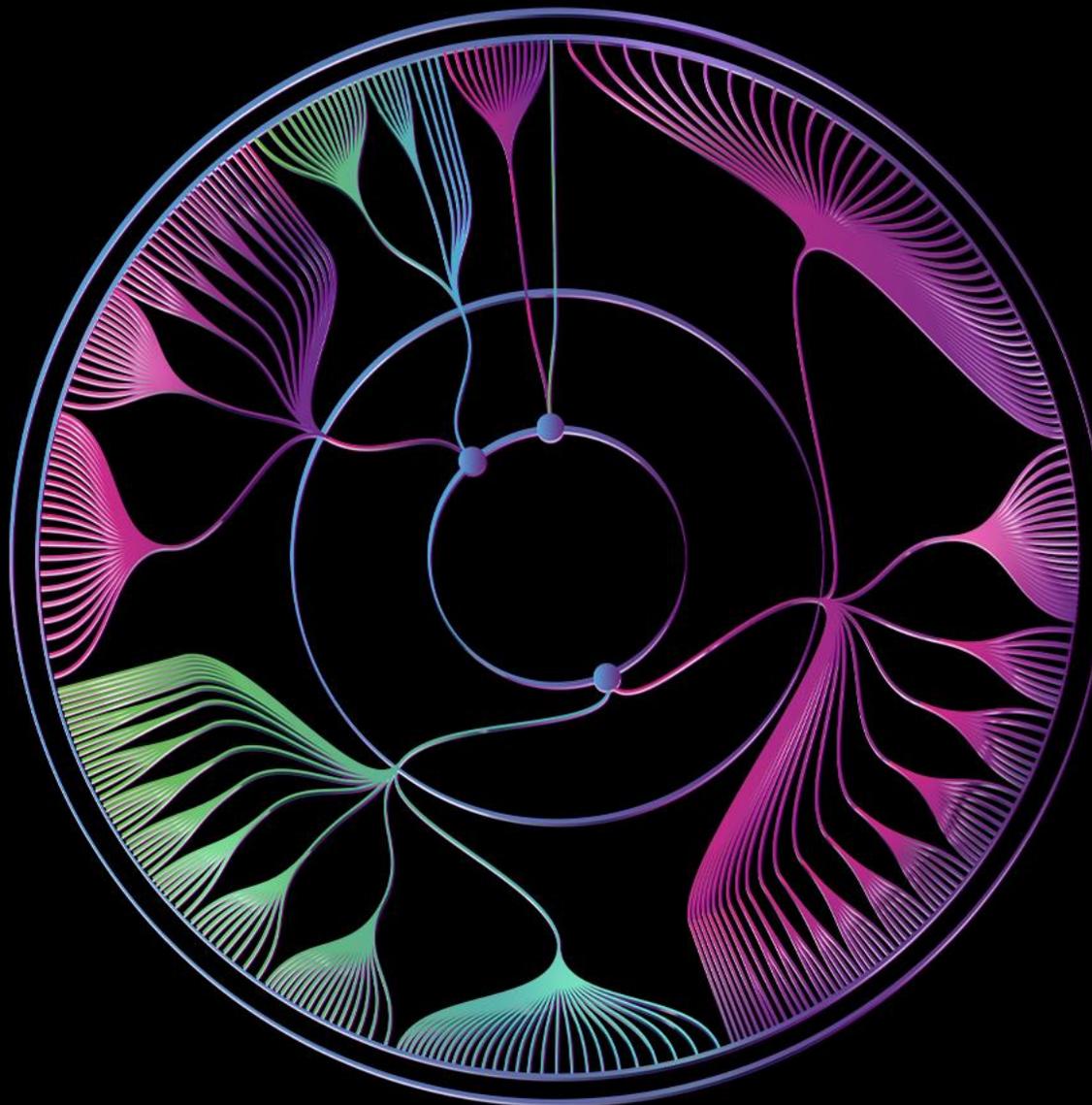


CBR22

51º CONGRESSO BRASILEIRO
DE RADIOLOGIA E
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Gabarito

**Subespecialidade:
- Linfoma**



cbr

Colégio Brasileiro de Radiologia
e Diagnóstico por Imagem

Qual o seu diagnóstico? – resposta correta (favor assinalar em vermelho)

- a) Adenocarcinoma pancreático
- b) Tumor neuroendócrino pancreático
- c) GIST Duodenal
- d) Sarcoma primário da VCI
- e) Linfoma com comprometimento pancreático.**

EXAME ANATOMOPATOLÓGICO

MATERIAL ID: 2022-108243

Topografia: prolongamento axilar direito

DIAGNÓSTICO - Biópsia por agulha grossa (core) de prolongamento axilar direito, guiada por ultrassonografia:

- Fragmentos de linfonodo com predomínio de linfócitos pequenos, presença de alguns plasmócitos de permeio e dilatação sinusoidal.

Nota: Seguirá laudo de estudo imunoistoquímico complementar para a avaliação imunofenotípica da população linfoide descrita e confirmação quanto à sua natureza.

Amostra - múltiplos fragmentos filiformes de tecido esbranquiçado, com áreas amareladas. Medida em conjunto: 1,0x0,6x0,1 cm. Todo o material incluído para análise. Realizados cortes seriados. (A1 - 1B/MF).

MICROSCOPIA

Os cortes histológicos do material mostram fragmentos de linfonodo constituído por linfócitos pequenos e monótonos com alguns plasmócitos de permeio. Observam-se algumas vênulas epitelióides proeminentes além de dilatação sinusal. Não há evidências morfológicas de infiltração por células extrínsecas. Ausência de granulomas.

DIAGNÓSTICO - Biópsia por agulha grossa (core) de prolongamento axilar direito, guiada por ultrassonografia:

- Fragmentos de linfonodo com predomínio de linfócitos pequenos, presença de alguns plasmócitos de permeio e dilatação sinusoidal.

Nota: Seguirá laudo de estudo imunoistoquímico complementar para a avaliação imunofenotípica da população linfoide descrita e confirmação quanto à sua natureza.

CONTINUAÇÃO (IMUNO-HISTOQUIMICO, PARA DIAGNOSTICOS, VARIOS MATERIAIS)

Notas: Achados suspeitos para neoplasia de células linfoides B maduras (Linfoma folicular de baixo grau?), no presente material. Na tentativa de confirmação e classificação diagnósticas, sugere-se a estreita correlação clínico-laboratorial, bem como, a critério clínico, sugere-se reavaliação através de biópsia excisional do linfonodo suspeito para a análise morfológica completa.

O envolvimento pancreático por linfomas é incomum, mas não tão raro quanto o linfoma primário do pâncreas (extremamente raro). O caso ilustra a importância de identificar focos passíveis de biópsia (como linfonodos axilares) para facilitar o diagnóstico. Outro aspecto que ajuda no diagnóstico são as lesões ósseas, incomuns como primeiro sítio de metástases em outras lesões pancreáticas.

A possibilidade de adenocarcinoma pancreático pode ser descartada pela ausência de obstrução das vias biliares e do ducto principal do pâncreas, numa lesão cefálica.

Tumores neuroendócrinos são geralmente mais vascularizados e mais expansivos que a lesão descrita, assim como GIST's de duodeno.

Finalmente a lesão não envolve a veia cava inferior, para que se possa pensar nesse diagnóstico.

- **Leite NP, Kased N, Hanna RF, Brown MA, Pereira JM, Cunha R, et al. Cross-sectional Imaging of Extranodal Involvement in Abdominopelvic Lymphoproliferative Malignancies1. Radiographics. 2007;27:1613–1634.**
- **Manzella A, Borba-Filho P, D'Ippolito G, Farias M. Abdominal Manifestations of Lymphoma: Spectrum of Imaging Features. Isrn Radiology. 2013;2013:483069.**