

DOENÇA DE HODGKIN

RENATO LUIZ AMARAL *

SINOPSE : Revisão de métodos de diagnóstico e tratamento da doença de Hodgkin. Relação entre estadiamento clínico, tratamento e prognóstico.

Introdução:

A descrição original da doença de Hodgkin foi publicada em «Transactions of the Medico-Chirurgical Society of London em 1832», por Thomas Hodgkin e em 1865 Wilks introduziu o termo doença de Hodgkin ⁴.

Aproximadamente um século depois, com o advento da radioterapia profunda, seu tratamento passou a ser efetivo. Até então, se conhecia como uma doença fatal, que apesar de algumas remissões, progredia invariavelmente para a morte. As experiências adquiridas durante a primeira metade deste século no manuseio clínico desta doença e de outros linfomas malignos, deixou um preconceito muito arraigado de que a doença de Hodgkin era incurável e seu tratamento tinha apenas efeitos paliativos ¹.

Publicações de Kaplan e Peters^{1, 2} resultantes da análise de pacientes tratados durante mais de 15 anos, nas quais relacionaram os resultados terapêuticos pelas irradiações com o estadiamento clínico, vieram modificar completamente o curso da doença de Hodgkin, que passou a ser altamente curável nos estágios iniciais.

QUADRO CLÍNICO DA DOENÇA.

A doença surge em indivíduos aparentemente com saúde, ou portadores de infecções das vias aéreas superiores, ocupando a faixa etária dos 10 aos 30 anos. Chama logo a atenção, adenopatia com ou sem sintomas sistêmicos.

A adenopatia inicial está localizada na região cervical em 60 a 80% dos casos ³.

* Assistente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS. Cancerologista do Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre.

Outras cadeias linfáticas poderão estar envolvidas, porém, inicialmente em menor frequência. Na evolução da doença tôdas as cadeias linfáticas poderão estar envolvidas, bem como todos os órgãos.

O sintoma mais freqüente é o aparecimento de um ou mais linfonodos, aumentados, indolores, principalmente na região cervical, adicionados ou não de manifestações sistêmicas como, astenia, mal estar, febre, anorexia, perda de pêso, náusea, vômito e prurido.

DIAGNÓSTICO CONCLUSIVO DA DOENÇA

Biópsia de um ou mais linfonodos removidos cuidadosamente, para que não seja alterada a estrutura dos mesmos, o que poderia acarretar dificuldades diagnósticas. A presença de células de Reed-Sternberg nos dará o diagnóstico definitivo de doença de Hodgkin e estamos portanto autorizados a iniciar o tratamento do paciente, após estadiamento clínico cuidadoso.

ESTADIAMENTO CLÍNICO

Proposto por Ultman³

Estágio I: doença limitada a uma região anatômica;

Estágio II-I: doença limitada a duas regiões anatômicas contíguas, no mesmo lado do diafragma;

Estágio II-2: doença em mais de duas regiões anatômicas não contíguas no mesmo lado do diafragma.

Estágio III: doença em ambos os lados do diafragma, mas limitada ao envolvimento de linfonodos, baço e anel de Waldeyer.

Estágio IV: envolvimento da medula óssea ou parênquima pulmonar, pleuras, fígado, ossos, pele, rins, trato gastro-intestinal ou qualquer tecido ou órgão com exceção dos linfonodos, baço ou anel de Waldeyer.

Todos os estágios são subclassificados em «A» ou «B», para indicar a presença ou ausência de manifestações sistêmicas.

Para um perfeito estadiamento clínico são importantes os seguintes dados:

- 1 — História clínica cuidadosa com especial atenção para as manifestações sistêmicas.
- 2 — Exame físico completo.
- 3 — Hemograma, incluindo contagem de plaquetas e hemossedimentação.
- 4 — Estudo radiológico do tórax em pósterio-anterior e perfil, com especial atenção para adenopatias mediastinais.

- 5 — Rx da coluna dorso-lombar e pélvis.
- 6 — Estudo retroperitonal incluindo urografia excretória e linfangiografia através dos membros inferiores, se possível.
- 7 — Exame da medula óssea; através de biópsia com cortes histológicos, a punção biópsia é menos efetiva.
- 8 — Testes de função hepática incluindo fosfatase alcalina.
- 9 — Testes de função renal incluindo exame comum de urina.
- 10 — Reação de Mantoux.
- 11 — Laparotomia exploradora se fôr importante para o estadiamento.

TRATAMENTO.

O tratamento de Doença de Hodgkin está fundamentalmente condicionado ao estadiamento clínico da doença. Nos estágios I e II o tratamento é radioterápico. As doses variam em 3500 e 4000r. e devem ser ministrados com o cobalto 60 ou aparelhos de alta quilovoltagem. A irradiação convencional, trará grandes alterações de pele, sem que os linfonodos recebam a dose ideal. No estágio III, ainda está indicado o tratamento pelas irradiações podendo ser complementado pela quimioterapia.

Sempre que houver indicação para a radioterapia, esta nunca deve ser precedida de quimioterapia. As alterações sobre a medula óssea condicionadas pela última, poderão impedir que se atinja a dose ideal de Rx. Após um tratamento efetivo pelo Rx, teremos uma queda acentuada dos leucócitos principalmente dos linfócitos que caem para 400 e 800 por mm^3 . Poderemos iniciar a quimioterapia quando o número de leucócitos estiver acima de 5.000 por mm^3 .

O tratamento pelas irradiações deverá ter a quimioterapia associada sempre que estiverem presentes sintomas sistêmicos. Os quimioterápicos mais usados são os derivados da Mostarda Nitrogenada, alcalóides da vince antimetabólitos, podendo ser usados em associação pois os mecanismos de ação diferem.

As doses são praticamente individuais, merecendo o paciente cuidados com relação a seus efeitos altamente tóxicos.

As drogas mais comumente usadas são: ciclofosfamida, vinblastina e vincristina e metopterim.

A adição dos adrenocorticosteróides poderá ser feita em qualquer momento do tratamento ou quando estivermos impossibilitados de usar os quimioterápicos.

Os paraefeitos dos quimioterápicos poderão ser controlados com promazínicos, antidiarréicos, e transfusões de sangue.

Chamamos atenção mais uma vez que o tratamento curativo de doença de Hodgkin é pelo cobalto ou aparelhos de alta quilovoltagem, sempre atendendo para um cuidadoso estadiamento clínico, não interessando o tipo histológico da doença. A quimioterapia é apenas tratamento paliativo e como tratamento de manutenção poderá ser repetida cada 4 a 6 meses.

SUMMARY : The author has reviewed the main methods of diagnosis and treatment of the Hodgkin's disease, and call special attention toward the correlation between clinical staging and prognosis.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — KAPLAN, H.S. — Role of intensive radiotherapy in the management of Hodgkin's disease. *Cancer*, 19:356-67, Mar. 1966.
- 2 — PETERS, M.V.; ALISON, R.E.; BUSH, R.S. — Natural history of Hodgkin's disease as related to staging. *Cancer*, 19:308-16, Mar. 1966.
- 3 — ULTMANN, J.E. — Clinical features and diagnosis of Hodgkin's disease. *Cancer*, 19:297-307, Mar. 1966.
- 4 — WAYTE, A.B. & BOYD, J. — The treatment of Hodgkin's disease. *Guy's Hospital Reports*, 115:387-96, 1966.

Barão de Santo Angelo, 174 — Pôrto Alegre, RS, Brasil