

LINFOMA DE HODGKIN E O AUTO TRANSPLANTE DE CELULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS

LYMPHOMA HODGKIN AND AUTO BODY CELL TRANSPLANTATION HEMATOPOIETIC

Mariana Tavares Buzo¹; Joyce Beira Miranda da Silva²

1- Discente do curso de Biomedicina do Centro Universitário Amparense Unifia

2- Docente e coordenadora do curso de Biomedicina do Centro Universitário Amparense Unifia

Resumo

Ao longo dos anos tem se estudado muito sobre o linfoma de Hodgkin ou doença de Hodgkin. A primeira descrição foi em 1832 por Sir Thomas Hodgkin, daí o nome da doença e em 1898 e 1902 por Carl Sternberg e Dorothy Reed que separadamente descreveram as células típicas encontradas.

Atualmente a classificação empregada pela OMS (organização mundial de saúde) pode ser: Linfoma de Hodgkin com predominância linfocitária nodular (CHPLN), onde a análise imunofenotípica mostra positividade para CD20 e outros marcadores de célula B, e o Linfoma de Hodgkin clássico (LHC), que na maioria dos casos mostra positividade para CD30 e CD15 e negativos para marcadores de células B, o qual corresponde a 95% dos casos.

Lembrando que esta é uma doença que se origina nos linfócitos por tanto acometem os linfonodos infiltrando a medula óssea e outros órgãos.

Alguns exames como o hemograma, tomografia e Pet Scan auxiliam no direcionamento do diagnóstico, porém a confirmação se dá pela biópsia do linfonodo ou da medula óssea.

Com a retirada do gânglio inteiro se faz a biópsia que consiste na confecção de lâmina que será corada com hematoxilina – eosina, em conjunto com a análise imuno-histoquímica.

Os sintomas da doença incluem febre, sudorese noturna e intensa, perda de peso, aumento dos linfonodos periféricos dor em regiões comprometidas pela doença, após a ingestão de álcool e prurido.

Palavras chaves: linfoma, doença de Hodgkin, CD30, auto transplante, célula troco.

Abstract

Over the years much has been studied on Hodgkin's lymphoma or Hodgkin's disease. The first description was in 1832 by Sir Thomas Hodgkin, give the name of the disease and in 1898 and 1902 by Carl Sternberg and Dorothy Reed that separately described the typical cells found.

Currently the classification used by WHO (world health organization) can be: Hodgkin lymphoma with nodular lymphocyte predominance (CHPLN), where Phenotypic analysis shows positive for CD20 and other B cell markers, and classical Hodgkin lymphoma (LHC) , which in most cases showing positive for CD30 and negative for CD15 and B cell markers, which corresponds to 95% of cases.

Recalling that this is a disease that originates in lymphocytes by either affecting the lymph nodes infiltrating the bone marrow and other organs.

The findings in routine tests such as blood count up even in images as tomography and Pet Scan tests assist in directing the diagnosis, however confirmation is by lymph node biopsy or bone marrow.

With the removal of all node biopsy is done which consists in the production of laminates which will be stained with hematoxylin - eosin, just released by a hemopatologista together is performed immunohistochemical analysis.

Disease symptoms include fever, night sweats severe weight loss, increased pain from peripheral lymph nodes in regions compromised by the disease after ingestion of alcohol and itching.

Key words: lymphoma, Hodgkin's disease, diagnosis, self transplant, exchange cell.

Introdução

Para o tratamento adequado e alcance da remissão dos pacientes portadores do linfoma de Hodgkin (LH), o estadiamento adequado da doença é necessário, ele orienta o médico hematologista na escolha adequada da terapia. O linfoma de Hodgkin pode ser estadiado em quatro fases (I a IV), podendo ser acompanhado de sintomas, onde A é ausência destes

sintomas e B a presença dos sintomas, E significa o envolvimento extra nodal e X presença de massa tumoral maior que 10 cm. .(Ferreira, 2006).

Para chegar à conclusão de qual estágio o paciente se encontra são necessárias à utilização de avaliações de exames laboratoriais tais como: hemograma, função renal e hepática, eletrólitos, albumina, velocidade de hemossedimentação, todas as provas bioquímicas, técnicas de imagem (tomografia computadorizada ou Pet Scan), juntamente com avaliação clínica para determinar a presença dos sintomas B e alterações linfa nodais e a biópsia. (Ferreira, 2006)

Nos casos de estadiamento I e II são considerados pacientes em estagio inicial e são abordados com terapêuticas menos intensas visando diminuir a toxicidade do tratamento, já para os casos de estadiamento III e IV são abordadas terapias mais agressivas com quimioterapias associadas à radioterapia podendo em alguns casos onde estas abordagens não respondem como esperado, até o transplante de células tronco autólogo, que é o foco deste trabalho. (Ferreira, 2006).

Para que o transplante de células tronco hematopoiética seja uma escolha para o hematologista o paciente apresentará a recidiva da doença, ou seja, após um período ela volta a se manifestar. (Ferreira, 2006; Baldisserotto; Soder, 2011).

Discussão

O tratamento inicial dos linfomas de Hodgkin em adultos é o esquema quimioterápico ABVD (adrimicina, bleomicina, vimblastina, e dacarbazina), o numero de ciclos varia de acordo como estadiamento e ainda ao final associar a radioterapia. Em alguns casos não se alcança a cura com este esquema ou apos um período o paciente tem a recidiva da doença (20 a 25% dos casos), aí então o medico opta pelo auto transplante de células tronco hematopoiéticas. (Bitencourt et. All, 2010)

O processo de transplante de células tronco inicia-se com o que os hematologistas chamam de Resgate, que consiste em ciclos de quimioterapias, com uma ou mais drogas (citarabina, infostamida, gemcitabina, etoposide), que tem a finalidade de colocar o paciente em remissão outra vez ou a redução máxima da doença pra a mobilização das células. (Bitencourt et. All, 2010)

O protocolo de mobilização das células mais utilizado consiste na associação de ciclofosfamida com fator de crescimento das células progenitoras, ambos iniciados cinco dias antes da coleta. Coleta é realizada por máquina de aférese do sangue periférico, sendo o mínimo necessário de células progenitoras para o sucesso ou a pega da medula após a reinfusão de 2×10^6 CD34++. (Bitencourt et. All, 2010)

Após a mobilização as células são criopreservadas com agente específico até a temperatura de -80 graus célsius e armazenada em freezer que alcance -120 graus célsius ou menos até que chegue a data da reinfusão. (Bitencourt et. All, 2010)

No dia da infusão das células, o transplante propriamente dito, as células são descongeladas em banho Maria dentro do quarto do paciente em temperatura de 37 graus célsius e imediatamente reinfundidas por via venosa. (Bitencourt et. All, 2010)

Durante todo o período de internação, (que varia conforme as intercorrências e/ ou complicações que o paciente apresenta) em média de 30 dias, os pacientes são tratados profilaticamente com antibióticos, antivirais e antifúngicos e se necessário à ampliação destes ou inclusão de novos medicamentos. (Cortez, 2010)

O tempo médio de pega da medula é de 12 dias, onde as células repovoam a medula e começam a produção dos componentes sanguíneos e do sistema imune. (Cortez, 2010).

A taxa de sobrevida, segundo Cortez 2010, chega até 86 % em análises de pacientes com cinco anos de transplante e a 70 % em pacientes com 10 anos após transplante. Ainda Cortez mostra através de seus gráficos que surpreendentemente, pacientes com sintomas B ao diagnóstico tem sobrevida maior, assim como os casos em que a recidiva ocorreu após um ano do término do tratamento inicial. (Cortez, 2010).

Conclusão

O estadiamento nos casos de linfoma de Hodgkin serve como parâmetro para a escolha do tratamento inicial, e não como prognóstico ou até parâmetro de sobrevida dos pacientes que quando recidivados se submeteram ao transplante autólogo de células tronco hematopoiéticas.

Na maioria dos casos de transplante autólogo (cerca de 90%) apresentam alguma complicação infecciosa e gastrointestinal, podendo ocorrer também, em menor porcentagem, complicações cardíacas, renais, pulmonar e neurológica, mas ainda assim é um procedimento considerado seguro.

Definitivamente o auto transplante de células tronco hematopoiéticas é um tratamento eficaz para pacientes com recidivas de linfoma de Hodgkin, com taxa de sobrevida de 80%.

Referências Bibliográficas:

BAIN, Barbara J. Células Sanguíneas um guia pratico. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BALDISSEROTTO Matteo; SODER Ricardo. Ressonância magnética de corpo inteiro na avaliação de pacientes infanto-juvenis com linfoma de Hodgkin. Porto Alegre, Jan./Fev.2011. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/rb/v44n1/02.pdf> > Acesso em : 24 mai. 2015.

BITTENCOURT, Rosane I. et al. Transplante de células-tronco hematopoiéticas em linfoma Hodgkin. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, Porto Alegre, v. 32, p.97-105, out. 2010. Elsevier BV. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s1/aop21010.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2015.

CORTEZ, Afonso José Pereira. Transplante de células tronco hematopoiéticas nos pacientes com linfoma de Hodgkin: analise de 106 pacientes. 2010. 107 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Ciências Medicas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Cap. 8. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5164/tde-01022011-155013/en.php>>. Acesso em: 23 mai. 2015.

LORENZI, Therezinha Ferreira. Atlas de Hematologia: clinica Hematológica ilustrada. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOUZA, Luciana N. S. et al. Linfoma de Hodgkin na infância e adolescência: 15 anos de experiência com o protocolo DH-II-90. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, São Paulo, v. 32, n. 4, p.295-302, 2010. Elsevier BV. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n4/aop85010>>. Acesso em: 24 maio 2015.