

Essas duas doenças apresentam algumas características clínicas semelhantes, mas divergem na célula de origem, forma de apresentação, de tratamento e nos resultados do tratamento.

São designadas como doença de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin. Estão entre as doenças malignas que melhor respondem ao tratamento com radioterapia e quimioterapia. O índice de cura da doença de Hodgkin gira em torno de 75% dos pacientes com o tratamento inicial e nos casos de recidiva, já os linfomas não-Hodgkin são curados em menos de 25% dos casos.

O número de casos de linfoma não-Hodgkin é aproximadamente 5 vezes maior que o de doença de Hodgkin. Essas duas doenças apresentam um acometimento muito grande de pacientes em idade produtiva (adultos jovens) causando grande problema social com diminuição de produtividade na idade mais ativa e grande número de anos de vida perdidos durante a doença nessa faixa etária.

Apresentaremos dados separados de cada doença para melhor ilustrarmos as diferenças entre elas.

▣ a) Doença de Hodgkin

Essa doença apresenta-se em duas fases de idade, sendo o primeiro pico de incidência na terceira década de vida e o outro após a quinta década de vida. A incidência nos países subdesenvolvidos é menor que nos países industrializados, mas nota-se uma maior incidência de casos em idade menor que 15 anos nos países subdesenvolvidos.

Existe um aumento de incidência proporcional ao grau de educação. A prevalência é maior nas pessoas de raça branca e do sexo masculino.

Vários fatores estão associados à etiologia da Doença de Hodgkin; a infecção pelo vírus Epstein-Barr (causador da mononucleose), é um desses fatores. Um número de estudos têm mostrado uma predisposição genética para a doença de Hodgkin, demonstrada pela maior

tendência dos judeus a desenvolver a doença e pela maior incidência entre filhos e parentes próximos. Alguns fatores de exposição ambiental podem influenciar, não sendo ainda bem comprovados.

O diagnóstico é realizado pela presença de alteração nos gânglios linfáticos, que, de acordo com a localização, podem provocar sintomatologia distinta e principalmente pela avaliação histopatológica (avaliação em microscópio). Os gânglios linfáticos aumentam de tamanho, apresentando uma consistência tipo borrachosa. Podem disseminar-se para o fígado e para a medula óssea.

Os exames utilizados para o diagnóstico da doença são: exames laboratoriais, biópsia do gânglio linfático acometido, radiografia do tórax, tomografia computadorizada do abdome e pelve, biópsia da medula óssea, laparoscopia para casos especiais em que permanece a dúvida de presença da doença dentro do abdome.

▣ b) Linfoma não-Hodgkin

Como descrito anteriormente, existem semelhanças e diferenças entre a doença de Hodgkin e o linfoma não-Hodgkin.

O linfoma não-Hodgkin é reconhecidamente derivado de subpopulações de células brancas do sangue (células B e T), originadas na medula óssea. Avanços na imunologia e na biologia molecular têm auxiliado muito na detecção desses tumores, além de abrir caminhos para novas estratégias de tratamento. Os linfomas não-Hodgkin compreendem um grande grupo heterogêneo de cânceres do sistema linfóide, com diferentes locais de origem, diferentes comportamentos clínicos, e principalmente pelo tipo de tratamento e resposta a esse.

É mais freqüente nos homens, principalmente naqueles de cor branca. Apesar de ser freqüente em todo o mundo, apresenta variações com maior prevalência de certos tipos histológicos em determinadas áreas geográficas. Como exemplo a forma folicular do linfoma (menos agressivo) é rara na América Latina.

As causas do linfoma não-Hodgkin são variadas:

1 - Deficiência imune - a deficiência imune congênita assim como a adquirida (AIDS, pós-transplantes), estão relacionadas com tumores agressivos, disseminados e freqüentemente associados à infecção pelo vírus de Epstein-Barr (EBV);

2 - Desordens autoimunes - como a tireoidite de Hashimoto e a síndrome de Sjögren, cursam com maior incidência do linfoma;

3 - Agentes infecciosos - *Helicobacter pylori* causa uma gastrite crônica que conseqüentemente evolui para um linfoma gástrico; EBV claramente associado ao desenvolvimento do linfoma de Burkitt; HTLV1 (vírus humano da leucemia de células T tipo 1), relacionado com a etiologia dos linfomas/leucemias e o Herpesvírus associado ao sarcoma de Kaposi;

4 - Agentes químicos e físicos - muitos estão relacionados com o aumento de risco. Dentre eles estão os inseticidas (organofosforados e fenoxiherbicida), anticonvulsivantes (difenilhidantoina) e muitos outros agentes químicos (benzenos, tricloroetileno, tiner de tinta, graxas e óleos).

A apresentação clínica dos linfomas não-Hodgkin varia muito de acordo com o tipo histológico. Pode comportar-se de forma menos agressiva, de forma intermediária e de forma muito agressiva. As formas menos agressivas geralmente são incuráveis e podem sofrer uma transformação para a forma mais agressiva. Os casos mais agressivos podem levar à morte em semanas, se não forem tratados; mas podem ser curados se o tratamento for instituído de forma precoce e com terapia adequada.

Diferente da doença de Hodgkin, os linfomas não-Hodgkin acometem com maior freqüência o sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal), assim como a medula óssea. Habitualmente acometem os linfonodos mais periféricos como os localizados próximo ao cotovelo, próximo ao joelho e os localizados no mesentério (parte localizada próximo ao intestino) além de uma região próxima às amígdalas, chamada de anel de Waldeyer. Existem também os linfomas que acometem primariamente o sistema nervoso central (cérebro e medula espinhal) além dos que acometem a pele (micose fungóide).

Os métodos diagnósticos são os mesmos utilizados para a doença de Hodgkin e o tratamento difere nos remédios quimioterápicos utilizados e nas indicações de radioterapia.

Visto o comportamento inicial dos linfomas, chama-se a atenção para a detecção precoce de linfonodos periféricos palpáveis que permanecerem aumentados por períodos de 4 a 6 semanas e que não tenham como causa uma infecção definida, além de observar-se o tamanho do baço que pode estar alterado em algumas ocasiões. Sintomas que podem estar associados e que possuem relação com os linfomas devem ser alertados como febre, perda de peso e aumento do suor durante à noite.

Lembrar que quanto mais cedo buscar-se o atendimento médico para identificação da causa dessas alterações, maiores chances de um diagnóstico precoce e de cura do câncer serão obtidas.