

## LINFOMA NÃO HODGKIN DE CÉLULAS T DE INTESTINO DELGADO: RELATO DE CASO

*Non-Hodgkin small intestine t-cell Lymphoma: a case report*

 Ana Beatriz Esteves Batista<sup>1</sup>  
 Carlos Augusto Marques Batista<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
(UERJ) – Rio de Janeiro (RJ)

<sup>2</sup>Centro Universitário de Valença (UNIFAA) –  
Valença (RJ)

**Autor correspondente:**

**Carlos Augusto Marques Batista**  
E-mail: carlos.augusto@faa.edu.br

### Como citar este artigo:

BATISTA, A.B.E; BATISTA C.A.M. Linfoma não Hodgkin de Células T de Intestino Delgado: relato de caso. **Revista Saber Digital**, v. 15, n. 3, e20221522, set./dez., 2022.

**Data de Submissão:** 18/11/22

**Data de aprovação:** 30/11/22

**Data de publicação:** 14/11/22



Esta obra está licenciada com uma licença  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

### RESUMO

**Introdução:** O linfoma não Hodgkin (LNH) primário do trato gastrointestinal é raro, representando cerca de 1% - 4% de todas as doenças malignas gastrointestinais e é mais comum no estômago e no intestino delgado. **Relato do caso:** Homem de 41 anos, apresentou quadro de dor abdominal, náuseas, hiporexia, constipação intestinal e perda ponderal de aproximadamente 15 Kg no período de 2 meses. **Discussão:** A dor abdominal é a manifestação clínica mais comum. O diagnóstico precoce frequentemente é difícil. Algumas características radiológicas são sugestivas de linfoma, mas a análise histopatológica e de imunohistoquímica é necessária para seu diagnóstico definitivo. A cirurgia associada com quimioterapia é a terapêutica mais realizada. A taxa de sobrevida dos pacientes com LNH de intestino delgado é baixa. **Conclusão:** No nosso caso, o diagnóstico foi feito com base na histopatologia e imuno-histoquímica. O paciente foi submetido a tratamento quimioterápico padrão, apresentando recaída da doença e necessitando de outro tratamento quimioterápico de resgate e depois foi submetido ao transplante autólogo de medula óssea. Como apresentou uma segunda recaída iniciou outro esquema quimioterápico de resgate e foi encaminhado para realização de transplante alogênico de medula óssea.

**Palavras-chave:** Linfoma gastrointestinal primário; Neoplasias linfoides; Tratamento.

### ABSTRACT

**Introduction:** Primary non-Hodgkin lymphoma (NHL) of the gastrointestinal tract is rare, accounting for about 1% - 4% of all gastrointestinal malignancies and is most common in the stomach and small intestine. **Case report:** A 41-year-old man presented with abdominal pain, nausea, hyporexia, intestinal constipation and weight loss of approximately 15 kg in a period of 2 months. **Discussion:** Abdominal pain is the most common clinical manifestation. Early diagnosis is often difficult. Some radiological features are suggestive of lymphoma, but histopathological and immunohistochemical analysis is necessary for a definitive diagnosis. Surgery associated with chemotherapy is the most commonly performed therapy. The survival rate of patients with small bowel NHL is low. **Conclusion:** In our case, the diagnosis was made based on histopathology and immunohistochemistry. The patient underwent standard chemotherapy treatment, with disease relapse and requiring another salvage chemotherapy treatment, and then underwent autologous bone marrow transplantation. As he had a second relapse, he started

another rescue chemotherapy regimen and was referred for an allogeneic bone marrow transplant.

**Keywords:** Primary gastrointestinal lymphoma; Lymphoid neoplasms; Treatment.

## INTRODUÇÃO

Os linfomas não-Hodgkin (LNH) são neoplasias linfoides originadas de populações de células B, T ou Natural Killer (NK), cujo comportamento clínico e história natural da doença dependem do seu subtipo (ALEDAWOOD et al., 2012; GHIMIRE; WU; ZHU, 2011; JIAO et al., 2014; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019).

O LNH primário do trato gastrointestinal é uma condição rara, representa cerca de 1% a 4% de todas as doenças malignas gastrointestinais e 10 a 15% dos pacientes com LNH, sendo mais comum no estômago e no intestino delgado. A taxa de sobrevivência dos pacientes com LNH de intestino delgado é menor do que a do LNH gástrico (HONG-FENG et al., 2012; MOLINA VILLAVARDE et al., 2002; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019; ZHENG et al., 2012).

A maioria dos LNH intestinais é do tipo difuso de grandes células B e de zona marginal. Os LNH intestinais de células T e NK/T são relativamente mais raros, agressivos e mais prevalentes em adultos do sexo masculino (XUE-FENG et al., 2018).

Os fatores de risco conhecidos para LNH do trato gastrointestinal são infecção pelo vírus HIV, vírus HTLV-1, vírus Epstein-Barr (EBV), vírus da hepatite B (HBV), infecção por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), doença celíaca, doença inflamatória intestinal e imunossupressão após transplante de órgão sólido (HONG-FENG et al., 2012; JIAO et al., 2014; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019; XUE-FENG et al., 2018).

A dor abdominal é a manifestação mais comum, mas não é clinicamente específica e indistinguível de outras condições benignas ou malignas (XUE-FENG et al., 2018). Algumas características radiológicas, como linfonodos volumosos e manutenção do plano gorduroso, são sugestivas de linfoma, mas

não são específicas, obrigando a realização de análise histopatológica e de imunohistoquímica para seu diagnóstico definitivo. O diagnóstico precoce frequentemente é difícil (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011).

Nas últimas décadas houve uma evolução no que diz respeito ao diagnóstico, estadiamento e tratamento dos linfomas intestinais primários. Porém, alguns desses linfomas, especialmente os de células T permanecem como um desafio terapêutico devido à raridade da doença (OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019).

A quimioterapia associada a cirurgia é a terapia mais utilizada. Em alguns casos, a cirurgia visa a obtenção de tecido adequado para confirmação histopatológica. Em outros, o principal motivo é o tratamento de complicações (obstrução, perfuração e sangramento) (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011; HONG, et al., 2017; IIDA; NOZAWA; SONODA et al., 2020).

Esse trabalho teve por objetivo relatar um caso raro de linfoma não Hodgkin intestinal de células T.

## RELATO DE CASO

O trabalho foi realizado no Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD) e aprovado na CEP – HNMD, sendo o número CAAE: 54401221.6.0000.5256 e número do parecer: 5.183.745.

Paciente do sexo masculino de 41 anos de idade, procurou atendimento médico devido quadro de dor abdominal em cólica de forte intensidade, náuseas, hiporexia, constipação intestinal e perda ponderal de aproximadamente 15 Kg em 2 meses. Negou febre, sudorese noturna e outros sintomas. Negou história familiar e/ou pessoal de neoplasia. Ao exame físico, não apresentava linfonodomegalias e/ou visceromegalias palpáveis.

Iniciou a investigação com a realização de tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve com contraste venoso, que evidenciou uma massa

ovalada de 7,0 cm x 6,7 cm, com densidade de partes moles, localizada na linha média da cavidade pélvica, com compressão extrínseca de cólon direito e rechaçando posteriormente a bexiga, ausência de linfonodomegalias pélvicas e líquido livre na pelve.

Foi submetido à videolaparoscopia diagnóstica, que mostrou uma tumoração em borda mesentérica do íleo, cerca de 50 centímetros da válvula ileocecal. Realizado enterectomia segmentar com anastomose latero-lateral e enviado a peça cirúrgica para histopatológico.

O anatomopatológico evidenciou linfoma não-Hodgkin de intestino delgado e o estudo imunohistoquímico concluiu como linfoma não-Hodgkin intestinal de células T periférico.

Biópsia de medula óssea foi negativa para infiltração pelo linfoma. Sorologias virais negativas. Realizou esquema de quimioterapia CHOEP (ciclofosfamida; doxorubicina; vincristina; etoposide; prednisona) em seis ciclos.

Após conclusão da quimioterapia foram feitos novos exames para reestadiamento. A TC de abdome e pelve mostrou espessamento parietal segmentar intestinal no hipocôndrio direito (aparentemente cólon e delgado) e ausência de linfonodomegalias e líquido livre. Realizado 2 tentativas de colonoscopia, sem sucesso devido impossibilidade de progressão do aparelho. PET-SCAN demonstrou atividade glicolítica anormal do marcador F-flúor-deoxi-2-glicose (FDG) em projeção de alças intestinais (cólon e delgado). Paciente negou emagrecimento, febre, sudorese noturna e não apresentou ao exame físico linfonodomegalias palpáveis e visceromegalias. Posteriormente, foi realizado clister opaco sem alterações. Novo PET-SCAN demonstrou aumento do metabolismo em mucosa de tonsilas linguais, estendendo-se para o espaço supraglótico anterior da laringe, espessamento parietal de alças de intestino delgado e cólon difusamente, sendo mais intenso em alças do intestino delgado, linfonodos cervicais nível II bilaterais e linfonodomegalias esparsas em gordura mesentérica. Foi realizada biópsia de amígdala direita e o estudo histopatológico e imunohistoquímico concluiu o diagnóstico de hiperplasia linfoide reacional.

Devido resultado do último PET-SCAN repetiu a biópsia dos segmentos intestinais através de enteroscopia por duplo balão e o laudo imunohistoquímico foi positivo para linfoma não-Hodgkin de pequenas células B da zona marginal extra-nodal - linfoma MALT de íleo. Realizado então Endoscopia Digestiva Alta (EDA) para pesquisa de *H. pylori* que foi negativa. Devido a piora do quadro do linfoma realizou-se tratamento quimioterápico de resgate com esquema R-ICE (rituximab; etoposide; ifosfamida; mesna; carboplatina) e depois, o paciente foi submetido ao transplante autólogo de medula óssea.

Novo PET-SCAN em análise comparativa com o anterior permanecia com hipermetabolismo glicolítico em laringe e alças intestinais e linfonomegalias cervicais e mesentéricas, sugestivos de tecido neoplásico viável. Realizada nova biópsia de amígdala e colonoscopia com biópsia, observou-se hiperplasia linfoide reacional tanto dos segmentos intestinais quanto das amígdalas. O paciente foi encaminhado para investigação de doença celíaca, que foi negativa.

Paciente seguiu em acompanhamento e manteve-se sem perda ponderal, sudorese, linfonomegalias e visceromegalias palpáveis ao exame físico.

Posteriormente surgiu uma lesão cutânea em supercílio direito, de crescimento rápido e sem presença de febre ou emagrecimento. Biópsia da lesão e imunohistoquímica concluíram linfoma não-Hodgkin de células T periférico, compatível com linfoma anaplásico primário cutâneo. Com a segunda recaída do linfoma iniciou-se tratamento com esquema quimioterápico de resgate IGEV (ifosfamida; gemcitabina; vinorelbina) associado ao brentuximabe e foi encaminhado para realização de transplante alogênico de medula óssea.

Após o transplante, paciente evoluiu com pneumonia nosocomial e foi tratado inicialmente com antibioticoterapia (meropenem e vancomicina) e oxigenoterapia. Evoluiu, nos dias seguintes, sem melhora clínica. Transferido para UTI e devido hipoxemia grave foi entubado e mantido em ventilação mecânica.

Paciente não respondeu ao tratamento e faleceu no 15<sup>o</sup> dia pós transplante de medula óssea vítima de uma complicação infecciosa.

## DISCUSSÃO

Os LNH intestino delgado representam cerca de 20% a 30% de todos os linfomas gastrointestinais primários (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011; HONG-FENG et al., 2012; JIAO et al., 2014; MOLINA VILLAVERDE et al., 2002; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019; XUE-FENG et al., 2018). A incidência é aproximadamente duas vezes maior no sexo masculino, com média de idade de 50 a 60 anos (MOLINA VILLAVERDE et al., 2002; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019; XUE-FENG et al., 2018). O segmento ileal é o mais acometido, seguido pelo jejuno e duodeno (OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019).

Os LNH intestinais de células B são mais frequentes, sendo o linfoma difuso de grandes células B e o linfoma de zona marginal os mais comuns (MOLINA VILLAVERDE et al., 2002; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019; XUE-FENG et al., 2018). Os LNH de células T são relativamente mais raros, agressivos e podem ou não estar associados à enteropatia (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011; MOLINA VILLAVERDE et al., 2002; XUE-FENG et al., 2018).

O LNH intestinal de células T é mais prevalente em uma faixa etária mais jovem, os pacientes apresentam um comprometimento maior do estado geral e os sintomas B (febre, sudorese noturna e perda ponderal) são mais frequentes em relação aos pacientes com LNH de células B (HONG-FENG et al., 2012; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019).

A apresentação clínica dos linfomas não-Hodgkin primários do intestino delgado é variada e inespecífica (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011; IIDA; NOZAWA; SONODA et al., 2020; JIAO et al., 2014; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019; XUE-FENG et al., 2018). A dor abdominal é o sintoma mais comum e pode vir acompanhada com outros sintomas, como, febre, sudorese noturna e perda ponderal superior a 10% do peso corporal (XUE-FENG et al., 2018). Além disso, os pacientes podem apresentar náuseas, vômitos, diarreia e mais raramente obstrução, perfuração e sangramento intestinal (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011; HONG-FENG et al., 2012; IIDA; NOZAWA; SONODA et al., 2020; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019).



O LNH intestinal de células T pode estar associado ou não à enteropatia. O linfoma de células T associado à enteropatia é geralmente secundário à doença celíaca e apresenta uma taxa de incidência anual de 0,14 / 100.000 na Europa e nos Estados Unidos, o que representa 1,4% de todos os casos de linfoma não Hodgkin e 10 a 25% dos linfomas intestinais primários (HONG-FENG et al., 2012; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019).

Atualmente, a maioria, mas não todos os casos de LNH intestinal de células T são considerados associados à enteropatia. Aqueles que não estão associados se apresentam de forma mais agressiva e têm um pior prognóstico, com sobrevida média em cinco anos estimada em 13% a 25% (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011; HONG-FENG et al., 2012; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019).

O LNH intestinal de células T associado à enteropatia tem como localização mais comum o jejuno e apresenta dois subtipos. O subtipo I representa 80 a 90% dos casos e as células são frequentemente positivas na imunohistoquímica para CD 30, as células tumorais são de tamanho médio a grande e pleomórficas, infiltrado inflamatório reativo é comum e até mesmo necrose pode estar presente. O subtipo II é mais comum na população asiática, menor associação com a doença celíaca, as células tumorais são monomórficas, de pequeno a médio porte, não se observam infiltrações inflamatórias ou necrose e geralmente são negativas para CD 30 (OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019). O nosso paciente apresentou LNH intestinal de células T de íleo terminal, não associado à enteropatia e imunopositividade para os anticorpos anti-CD3 (raras células), CD30 (multifocal) e CD45RO (difuso).

Nas últimas décadas houve uma evolução no que diz respeito ao diagnóstico, estadiamento e tratamento dos linfomas intestinais primários, porém, alguns desses linfomas, especialmente, os de células T permanecem como um desafio terapêutico devido à raridade da doença (OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019).

Achados comuns à TC em todos os tipos de linfoma do intestino delgado incluem: espessamento da parede intestinal, algumas vezes nodular, em uma distribuição difusa ou focal, assimétrica ou concêntrica e ainda, massas de

linfonodos distintas nos folhetos mesentéricos que suprem o segmento envolvido, entretanto o aspecto clássico é o de dilatação aneurismática secundária a ulceração interna na lesão anular. O espessamento mural é secundário a infiltração e fibrose submucosa do tumor, que engrossa e enrijece a parede intestinal, produzindo espessamentos irregulares das pregas (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011). No presente relato o paciente apresentou uma massa ovalada, com densidade de partes moles, localizada na linha média da cavidade pélvica, com compressão extrínseca de cólon direito e rechaçando posteriormente a bexiga e sem linfonodomegalias e líquido livre na pelve.

A TC é utilizada para o estadiamento dos linfomas com boa sensibilidade e especificidade. Entretanto, é importante relatar que a TC geralmente não permite visualizar o linfoma confinado à mucosa (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019).

A incorporação de tomografia por emissão de pósitrons (PET) com F-fluorodesoxiglicose (PET FDG) agregou vantagem significativa no diagnóstico, estadiamento e avaliação de resposta ao tratamento dos linfomas, embora não tenha nenhum benefício adicional para os linfomas MALT. A PET possui alta sensibilidade na detecção de locais tanto nodais quanto extranodais envolvidos por LNH e a intensidade de avidéz pela FDG ou valor padronizado de captação (SUV, de standardized uptake value) correlaciona-se com a agressividade histológica (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011; OLSZEWSKA-SZOPA; WRÓBEL, 2019). O nosso paciente apresentou PET com atividade glicolítica anormal do FDG em projeção de alças intestinais (cólon e delgado).

A ultrassonografia endoscópica é uma ferramenta que tem importância para o diagnóstico, estadiamento loco-regional, monitorar a resposta ao tratamento e apresenta superioridade à TC para o estadiamento T e N (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011).

A biópsia de medula óssea é realizada para avaliar envolvimento das células do linfoma na medula óssea (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011). A biópsia do nosso paciente foi negativa.



Atualmente existem várias formas de estadiar os linfomas não Hodgkin. Podemos citar a classificação de Ann Arbor modificada, o sistema de estadiamento de Lugano e de Paris (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011).

O LNH de células T é um fator independente de mau prognóstico entre todos os diagnósticos de LNH. A taxa de sobrevida global dos pacientes com LNH de células T varia de 26 a 41%. Lesões extensas, estágios avançados (III, IV), determinados perfis à imuno-histoquímica, presença de sintomas B, LDH e beta-2 microglobulina elevadas são reconhecidos como indicadores de mau prognóstico (JIAO et al., 2014).

Além disso, a maioria dos estudos estabeleceu que o Índice de Prognóstico Internacional (IPI) prevê significativamente desfecho em pacientes com LNH de células T (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011).

Não há um consenso claro sobre a modalidade de tratamento ideal. A terapia combinada com cirurgia e quimioterapia tem sido recomendada na maioria dos estudos, no entanto, a quimioterapia é considerada a estratégia de tratamento mais importante com base na premissa de que o linfoma é uma doença sistêmica (HONG, et al., 2017; IIDA; NOZAWA; SONODA et al., 2020).

Alguns pacientes são submetidos à ressecção cirúrgica para a obtenção de tecido adequado para confirmação histopatológica, enquanto em outros, o principal motivo é o tratamento de complicações relacionadas ao tumor (obstrução, sangramento e perfuração) (HONG, et al., 2017; IIDA; NOZAWA; SONODA et al., 2020). Neste relato a cirurgia foi realizada para obtenção de diagnóstico e o paciente não apresentou complicações.

Em pacientes com linfomas de intestino delgado, aproximadamente 50% das perfurações ocorrem durante a quimioterapia. A cirurgia antes da quimioterapia pode ajudar a melhorar a segurança e a conclusão da quimioterapia pois pode prevenir a perfuração relacionada à quimioterapia. No entanto, o benefício da cirurgia antes da quimioterapia não foi totalmente comprovado (HONG, et al., 2017; IIDA; NOZAWA; SONODA et al., 2020).

Há poucos ensaios clínicos disponíveis comparando quimioterápicos para o tratamento dos linfomas intestinais de células T. Essa falta de estudos se

relaciona com a menor incidência e prevalência geral desse linfoma em comparação com outras malignidades. Podem ser utilizados diferentes esquemas para o tratamento, sendo o esquema CHOEP (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, prednisona, etoposide) o frequentemente escolhido. Quando comparado, a eficácia da quimioterapia do LNH de células T é menor do que a eficácia da quimioterapia do LNH de células B (HONG-FENG et al., 2012). O tratamento escolhido para o linfoma intestinal de células T do nosso paciente foi o esquema CHOEP em seis ciclos.

A reavaliação após conclusão do tratamento é parte integrante do manejo dos pacientes com linfoma. O fator prognóstico mais importante para o manejo é a avaliação da remissão completa da doença, pois o tratamento de resgate e transplante de medula óssea podem ser contemplados naqueles que falham na terapia inicial (GHIMIRE; WU; ZHU, 2011).

Como relatado neste caso, o paciente mesmo após transplante autólogo de medula óssea não obteve uma resposta sustentada. Evoluiu com uma segunda recaída do linfoma, como linfoma anaplásico cutâneo de células T, começou novo esquema quimioterápico de resgate e foi encaminhado para transplante alogênico de medula óssea.

Apesar do potencial de tratamento definitivo para os pacientes, o transplante alogênico apresenta altas taxas de morbimortalidade devido a complicações, sendo as neurológicas e infecciosas as principais. O paciente do relato, evoluiu com pneumonia nosocomial, apresentando desfecho não favorável, vindo a óbito.

## CONCLUSÃO

No nosso caso, o diagnóstico foi feito com base na histopatologia e imuno-histoquímica. O paciente foi submetido a tratamento quimioterápico padrão, apresentando recaída da doença e necessitando de outro tratamento quimioterápico de resgate e depois foi submetido ao transplante autólogo de medula óssea. Como apresentou uma segunda recaída iniciou outro esquema

quimioterápico de resgate e foi encaminhado para realização de transplante alogênico de medula óssea.

Paciente faleceu vítima de complicação infecciosa pós transplante.

## AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos a Sra. Cidália Oliveira Carvalho de Mello, bibliotecária da UNIFAA, pela ajuda no levantamento bibliográfico do trabalho.

## CONFLITO DE INTERESSES

Não houve conflitos de interesses para a confecção deste trabalho.

## SUPORTE FINANCEIRO

Não houve suporte financeiro para a realização deste trabalho, sendo o financiamento da pesquisa realizado pelos próprios autores.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Ana Beatriz Esteves Batista:** Tradução dos artigos, redação inicial, redação final e correção. **Carlos Augusto Marques Batista:** Tradução dos artigos, Formatação nas normas da revista, Submissão no site e autor para correspondência.

## REFERÊNCIAS

ALEDAVOOD, A; GHAVAM NASIRI, MR; MEMAR, B; SHAHIDSALES, S; RAZIEE, HR; GHAFARZADEGAN, K; MOHTASHAMI, S. Primary gastrointestinal lymphoma. **J Res Med Sci**, v. 17, n. 7, p. 487-90, 2012.

GHIMIRE, P; WU, G.Y; ZHU, L. Primary gastrointestinal lymphoma. **World J Gastroenterol**, v. 17, n. 6, p. 697-707, 2011.

HONG, Y-W.; KUO, I-M; LIU, Y-Y; YEH, T-S. The role of surgical management in primary small bowel lymphoma: A single-center experience. **Eur J Surg Oncol** 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2017.06.016>

HONG-FENG, G; ZANG, J; JIANG, M; YANG, Y; CAO, D; CHEN, X-C. Clinical prognostic analysis of 116 patients with primary intestinal non-Hodgkin lymphoma. **Med Oncol**, v. 29, p. 227-234, 2012.

IIDA, T; NOZAWA, H; SONODA, H; TOYAMA, K; KAWAI, K; HATA, K; TANAKA, T; NISHIKAWA, T; SASAKI, K; SHUNO, Y; KANEKO, M; MURONO, K; EMOTO, S; ISHII, H; KUROKAWA, M; ISHIHARA, S. Upfront Surgery for Small Intestinal Non-Hodgkin's Lymphoma. **Anticancer Research**, v. 40, p. 2373-2377, 2020.

JIAO, G; ZHENG, H; JIANG, K; ZHANG, J; WANG, B. Enteropathy-associated T-cell lymphoma presenting with gastrointestinal tract symptoms: A report of two cases and review of diagnostic challenges and clinicopathological correlation. **Oncology Letters**, v. 8, p. 91-94, 2014.

MOLINA VILLAVARDE, R; JIMÉNEZ GORDO, A; LÓPEZ GONZÁLEZ, J.L.; REDONDO SÁNCHEZ, A; ANDREU RODRÍGUEZ, M; GONZÁLEZ BARÓN, M. Linfoma T primario intestinal: a propósito de dos casos con revisión de la literatura. **An Med Interna (Madrid)**, v. 19, p. 457-459, 2002.

OLSZEWSKA-SZOPA, M.; WRÓBEL, T. Gastrointestinal non-Hodgkin lymphomas. **Adv Clin Exp Med.**, v. 28, n. 8, p. 1119-1124, 2019.

TANGA, X-F; YANG, L; DUAN, S; GUO, H; GUO, K-N. Intestinal T-cell and NK/T-cell lymphomas: A clinicopathological study of 27 Chinese patients. **Annals of Diagnostic Pathology**, v. 37, p. 107-117, 2018.

ZHENG, S; OUYANG, Q; LI, G; XU, H; JIANG, M; CUI, D; XUE, L; LI, J. Primary Intestinal NK/T Cell Lymphoma: A Clinicopathologic Study of 25 Chinese Cases. **Arch Iran Med.**, v. 15, n. 1, p. 36-42, 2012.