

Relato de Caso

Linfoma Difuso de Grandes Células B Primário Ileal com Obstrução Intestinal Aguda: Relato de Caso e Revisão Narrativa da Literatura

Verena Adélia de Moura e Silva ^{1,*}, Larissa Sena de Lucena ¹, Antônio de Sá Barreto Gondim Neto ², Francisco de Assis Guedes de Oliveira Filho ³, Maria Augusta de Oliveira e Lira ³, Maria Emília Calado Dantas ³, Maria Alinne Pires Matias ³

¹ Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB), Campina Grande, Paraíba, Brasil.

² Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campina Grande, Paraíba, Brasil.

³ Centro Universitário UNIFACISA, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

* Correspondência: verenaadeliams@gmail.com.

Resumo: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais comum de linfoma não Hodgkin, mas a apresentação primária ileal é rara e pode mimetizar emergências abdominais. Relatamos o caso de um homem de 40 anos com obstrução intestinal aguda e sem sintomas B. A TC de abdome revelou espessamento parietal estenosante na transição jejunoileal e linfonodomegalia. Realizou-se laparotomia de emergência com enterectomia segmentar. O estudo imuno-histoquímico mostrou LDGCB CD20+, Bcl-2+, PAX-5+, Ki-67 70%, CD3 em linfócitos T reativos, CD10-, Bcl-6-, MUM-1-, classificando como subtipo não-GCB pelo algoritmo de Hans. O estadiamento completo foi prejudicado no cenário da urgência e das condições limitadas do serviço. Após seis ciclos de R-CHOP, o paciente alcançou remissão metabólica completa (Deauville 2) na PET/CT de reavaliação, sem recidiva. O caso reforça o desafio diagnóstico do LDGCB ileal como causa de abdome agudo obstrutivo e a eficácia da ressecção cirúrgica de emergência seguida de imunoterapia, mesmo em subtipos não-GCB agressivos, evidenciando as limitações diagnósticas impostas pela urgência.

Palavras-chave: Linfoma Não Hodgkin; Linfócitos B; Obstrução Intestinal; Neoplasias Ileais; Ritu-ximab.

Citação: Moura e Silva VA, Lucena LS, Gondim Neto ASB, Oliveira Filho FAG, Lira MAO, Dantas MEC, Matias MAP. Linfoma Difuso de Grandes Células B Primário Ileal com Obstrução Intestinal Aguda: Relato de Caso e Revisão Narrativa da Literatura. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr224.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr224>

Recebido: 14 Agosto 2026

Aceito: 9 Setembro 2026

Publicado: 16 Setembro 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Os linfomas não Hodgkin (LNH) constituem um grupo heterogêneo de neoplasias malignas originadas de células do sistema linfóide, com ampla variação quanto à apresentação clínica, comportamento biológico e resposta terapêutica. O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais prevalente, representando 1 cerca de 30 a 40% dos LNH em adultos [1]. Embora a maioria dos linfomas se manifeste inicialmente em linfonodos periféricos, uma parcela significativa ocorre em localizações extranodais, sendo o trato gastrointestinal o principal sítio envolvido [2]. O LNH gastrointestinal é, em sua maioria, classificado como LDGCB, seguido do linfoma MALT (tecido linfóide associado à mucosa).

O LDGCB é de patogênese duvidosa, podendo tratar-se de uma transformação do linfoma MALT ou ainda caracterizar-se por um linfoma recidivado. O LDGCB primário do intestino delgado, especialmente na região ileal, é uma apresentação rara, que pode manifestar-se de duas formas: como abdome agudo obstrutivo ou como achado incidental em exames de imagem ou cirurgias. Essa raridade e a inespecificidade dos sintomas frequentemente dificultam o diagnóstico precoce. Dada essa complexidade clínica, o presente relato de caso aliado a uma revisão da literatura contribui para o aprimoramento do conhecimento sobre o manejo diagnóstico e terapêutico do LDGCB primário ileal com

obstrução intestinal. Dessa forma, este trabalho visa avaliar o LDGCB entérico (jejuno/íleo), incluindo a forma de apresentação de abdome agudo obstrutivo, os principais sintomas, sinais e achados de imagem que denotem a existência do tumor, o estadiamento e as possíveis condutas. A importância desta análise é difundir as informações existentes na literatura sobre esse tipo histológico, especialmente tratando-se de um linfoma extra-nodal primário.

2. Materiais e Métodos

Trata-se de um relato de caso colhido no sistema de prontuário eletrônico de um hospital Emergência de referência, associado a uma revisão narrativa da literatura, cujo objetivo foi analisar um caso atípico de Linfoma Difuso de Grandes Células B (DLBCL) primário intestinal e contextualizá-lo com os principais achados científicos sobre esta condição patológica. A escolha metodológica visa compreender, de forma integrada, as particularidades diagnósticas e terapêuticas deste caso frente ao conhecimento científico estabelecido.

Para a revisão narrativa, foi realizada uma busca exploratória nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Embase, SciELO, LILACS e Cochrane Library, utilizando a seguinte estratégia de busca, adaptada para cada base: (“Lymphoma, Non-Hodgkin” OR “Diffuse Large B-Cell Lymphoma” OR “DLBCL”) AND (“Intestinal Obstruction” OR “Ileal Neoplasms” OR “Small Intestine”) AND (“Case Reports” OR “Case Series”). Foram aplicados filtros para idiomas (português, inglês, espanhol) e período (2015-2024). Os critérios de inclusão foram: relatos de caso e séries de casos de DLBCL primário intestinal com descrição clínico-patológica completa; estudos que apresentassem dados sobre características demográficas, apresentação clínica, achados histopatológicos e imuno-histoquímicos; publicações em português, inglês ou espanhol; casos com seguimento mínimo de 12 meses (para análise de desfechos). Foram utilizados critérios de exclusão: linfomas gástricos ou colorretais sem envolvimento do intestino delgado; estudos baseados exclusivamente em dados epidemiológicos sem descrição de casos; relatos com dados clínicos ou patológicos incompletos; séries com menos de 5 casos publicados.

Após a leitura de títulos, resumos e, posteriormente, dos textos completos, foram selecionados 14 estudos para compor a base de discussão deste relato. O processo de seleção dos artigos está sumarizado na Figura 1. A síntese dos dados foi realizada de forma descritiva (narrativa), agrupando os principais achados sobre apresentação clínica, diagnóstico, tratamento e desfechos, conforme apresentado na Tabela 1. Os resultados da busca foram documentados em fluxograma PRISMA (Figura 1). A síntese dos dados foi narrativa, com agregação descritiva das variáveis.

Tabela 1. Extração de dados da revisão narrativa da literatura.

Nº	Tipo de estudo	Principais contribuições para o caso
[1]	Revisão narrativa	Base fisiopatológica e terapêutica do DLBCL; R-CHOP como padrão-ouro; classificação GC/não-GCB.
[2]	Revisão narrativa	Epidemiologia dos linfomas gastrointestinais: intestino delgado é sítio raro, DLBCL é o subtipo mais comum.
[3]	Estudo retrospectivo	Atraso diagnóstico em tumores de intestino delgado; obstrução como apresentação tardia.
[4]	Coorte retrospectivo	DLBCL intestinal: obstrução é indicação cirúrgica; cirurgia + QT associada a melhor sobrevida em estádios localizados.
[5]	Coorte prospectivo	Obstrução intestinal em 28% dos casos de linfoma intestinal; DLBCL é o subtipo mais comum (43%).

[6] Estudo de coorte	Validação da classificação prognóstica por IHC (CD10, Bcl-6, MUM-1); não-GCB com pior prognóstico.
[7] Estudo de coorte	Algoritmo de Hans para classificação GC/não-GCB; base para a classificação do caso.
[8] Coorte retrospectivo	Escore prognóstico baseado em marcadores inflamatórios para DLBCL gastrointestinal; complicações e sobrevida.
[9] Relato de caso	DLBCL com obstrução e perfuração jejunal; cirurgia de emergência + QT com remissão completa.
[10] Diretriz clínica	Recomenda R-CHOP para DLBCL CD20+; estratificação por IPI e FISH para MYC/BCL2.
[11] Revisão sistemática	Obstrução/perfuração são principais complicações; ressecção + QT associada a melhores desfechos.
[12] Revisão sistemática	Estadiamento (Lugano) e tratamento de DLBCL gástrico; princípios aplicáveis ao intestinal.
[13] Revisão narrativa	Linfoma duodenal: DLBCL é o segundo subtipo mais comum; cirurgia reservada para complicações.
[14] Revisão narrativa	Contexto brasileiro do linfoma gastrointestinal; importância do diagnóstico precoce.

3. Relato de Caso

Homem, 40 anos, previamente sem comorbidades, com alergia à dipirona, procurou o serviço de emergência em 13/05/2025 com quadro de dor abdominal difusa, náuseas, vômitos (4 episódios), distensão abdominal importante e parada de eliminação de fezes há 1 dia. À admissão, apresentava-se desidratado, eupneico, com fácies de dor, abdome globoso e doloroso difusamente, sem sinais de peritonite. Suspeitou-se de abdome agudo obstrutivo. Foram realizadas tomografias de abdome sem e com contraste, que evidenciaram distensão difusa de alças delgadas com níveis hidroaéreos e ponto de transição de calibre na fossa ilíaca direita. O exame contrastado demonstrou espessamento parietal irregular e estenosante em alça de intestino delgado na transição jejunoileal, associado à obstrução intestinal. Observou-se também linfonodomegalia mesentérica e ausência de líquido livre intraperitoneal.

Diante dos achados, o paciente foi submetido a laparotomia exploradora com enterectomia segmentar e enteroenteroanastomose látero-lateral. No intraoperatório, identificou-se lesão tumoral em alça de delgado a cerca de 100 cm da válvula ileocecal, associada a linfonodomegalia estendendo-se até a raiz do mesentério, sendo realizada ressecção parcial dos linfonodos acometidos. A peça cirúrgica foi encaminhada para análise anatomo-patológica.

O exame histopatológico evidenciou neoplasia linfóide difusa composta por células pouco coesas infiltrando mucosa, parede intestinal e tecido adiposo adjacente, com margens cirúrgicas livres. Três dos oito linfonodos ressecados apresentavam acometimento neoplásico. Ao estudo imuno-histoquímico, houve positividade para CD20, PAX-5 e Bcl-2, com Ki-67 de aproximadamente 70%. O resultado para CD3 foi "POLICLONAL POSITIVO"; o laudo, contudo, não especifica se a marcação ocorreu nas células neoplásicas ou em linfócitos reativos, uma vez que, em serviços de emergência, os laudos são objetivos e concisos, priorizando o diagnóstico principal. Houve negatividade para CD30, CD10, Bcl-6, MUM-1, ciclina D1, CD15, EBV, C-MYC e citoqueratinas. O perfil morfológico e imunofenotípico foi compatível com linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). Aplicando-se o algoritmo de Hans aos marcadores disponíveis (CD10-, Bcl-6-, MUM-1-), o caso classifica-se como subtipo não centro germinativo (non-GCB/ABC), o que, segundo a lite-

ratura, confere prognóstico menos favorável em comparação ao subtipo centro germinativo. Não foram obtidas fotomicrografias das lâminas, pois o serviço de patologia do hospital de emergência não dispõe de rotina de captura e arquivamento de imagens.

A pesquisa de rearranjos gênicos por FISH para MYC, BCL2 e BCL6 não foi realizada, dado que esse método de biologia molecular de alta complexidade não se encontra disponível na rotina do serviço de urgência do estudo, além de exigir planejamento prévio e encaminhamento a laboratório de referência, procedimento incompatível com a indicação cirúrgica imediata. Da mesma forma, o estadiamento oncológico foi prejudicado pela ausência de PET-CT basal, biópsia de medula óssea, dosagem de desidrogenase láctica (LDH), beta-2-microglobulina e sorologias virais (HIV, hepatites B/C, HTLV). O caráter emergencial do quadro, abdome agudo obstrutivo com encaminhamento ao centro cirúrgico em poucas horas, concentrou a investigação laboratorial em exames pré-operatórios prioritários (hemograma, coagulograma, função renal e eletrólitos), diferindo a propedêutica oncológica para o seguimento ambulatorial. Consequentemente, não foi possível calcular o Índice Prognóstico Internacional (IPI) nem aplicar os critérios de Dawson, uma vez que ambos os instrumentos requerem dados, estadiamento por imagem, avaliação medular e níveis séricos de LDH, que não puderam ser obtidos antes da laparotomia de urgência.

Após a recuperação cirúrgica e a alta hospitalar em 18 de maio de 2025, o paciente foi submetido a seis ciclos de quimioterapia, conforme registrado no estudo PET/CT de reavaliação. Embora o esquema terapêutico específico não esteja discriminado nos documentos do hospital de emergência, uma vez que o tratamento foi conduzido em serviço de oncologia em outra unidade de saúde, sem integração dos prontuários, cumpre salientar que a associação de rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (R-CHOP) constitui o regime de primeira linha padronizado para o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) CD20-positivo, sendo, portanto, plenamente compatível com a conduta instituída. Em janeiro de 2026, o PET/CT de controle evidenciou ausência de atividade metabólica sugestiva de doença linfoproliferativa, com classificação Deauville 2 segundo os critérios de Lugano, configurando remissão completa metabólica, sem sinais de recidiva até a data do presente relato.

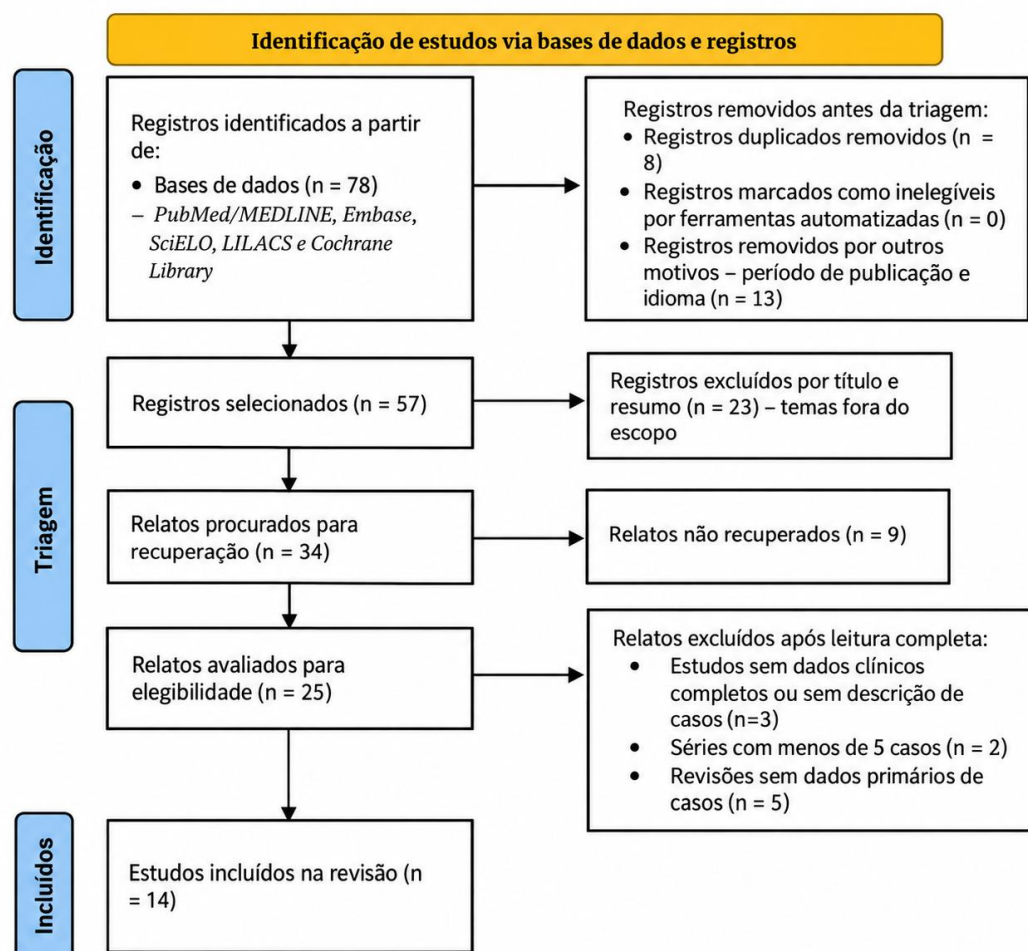
4. Discussão e Conclusão

A busca nas bases de dados (PubMed/MEDLINE, Embase, SciELO, LILACS e Cochrane Library) resultou em 78 estudos relevantes. Após aplicação dos critérios de período (2015-2024) e idioma (português, inglês, espanhol), 21 estudos foram excluídos, permanecendo 57 para triagem. Após leitura de títulos e resumos, 23 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão (temas fora do escopo, dados incompletos ou duplicatas), restando 25 para leitura na íntegra. Após análise completa dos textos, 9 estudos foram excluídos por não preencherem todos os critérios de elegibilidade (ausência de seguimento mínimo de 12 meses, dados clínicos ou patológicos incompletos, ou séries com menos de 5 casos), resultando em 14 estudos incluídos na revisão narrativa. O processo de seleção está apresentado na Figura 1. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, cinco estudos compuseram a amostra final desta revisão. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos trabalhos incluídos, contemplando informações referentes a autoria, ano de publicação, país de origem, delineamento metodológico, características da amostra, apresentação clínica, localização do tumor, imunofenótipo (Hans), tratamento instituído e principais desfechos.

O caso aqui relatado ilustra de forma emblemática os desafios diagnósticos associados aos linfomas primários do intestino delgado. O paciente apresentou-se com quadro clássico de obstrução intestinal aguda, dor abdominal difusa, distensão, vômitos e parada de eliminação de fezes, manifestação que, conforme apontado por Daum et al. [5] e Park et al. [4], não é incomum nos DLBCL ileais, podendo constituir a primeira manifestação clínica da doença. A ausência de sintomas B clássicos como febre, sudorese noturna e

perda de peso, característica mais frequente nos linfomas extranodais gastrointestinais em comparação aos linfomas ganglionares, contribuiu para que a hipótese diagnóstica inicial fosse direcionada exclusivamente para causas benignas de obstrução intestinal, retardando a suspeição oncológica.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, triagem e seleção dos estudos incluídos na revisão narrativa da literatura.



Este padrão de apresentação corrobora a hipótese secundária formulada neste estudo, de que o DLBCL primário do íleo se manifesta predominantemente por síndrome obstrutiva, diferindo significativamente dos linfomas gástricos, nos quais sintomas dispepticos e perda de peso costumam ser mais proeminentes. A raridade do tumor primário de intestino delgado, que representa menos de 10% de todas as neoplasias gastrointestinais, sendo as malignas apenas 1 a 3% destas [2,3], reforça a baixa suspeição clínica inicial.

A tomografia computadorizada de abdome, embora tenha identificado corretamente o ponto de transição na fossa ilíaca direita e o espessamento parietal segmentar estenosante, não foi suficiente para estabelecer a natureza neoplásica da lesão antes do procedimento cirúrgico. Este achado está em consonância com a literatura, que aponta a inespecificidade dos exames radiológicos no diagnóstico pré-operatório dos linfomas intestinais [6]. O padrão de espessamento parietal segmentar com linfonomegalia mesentérica, embora sugestivo, pode simular outras condições, como doença de Crohn, tuberculose intestinal ou adenocarcinoma, sendo o diagnóstico definitivo invariavelmente dependente da análise histopatológica e imuno-histoquímica [6].

O perfil imuno-histoquímico do tumor, CD20 positivo, Bcl-2 positivo, Ki-67 de aproximadamente 70%, com negatividade para CD10, Bcl-6 e MUM-1, é consistente com um DLBCL de fenótipo não centro germinativo (não-GCB) segundo o algoritmo de Hans [7]. Essa classificação, conforme demonstrado por Sehn & Salles [1], associa-se a pior prognóstico quando comparada ao subtipo centro germinativo (GCB). A elevada taxa de proliferação celular (Ki-67 de 70%) indica um tumor biologicamente agressivo, achado que está em concordância com a apresentação clínica aguda e obstrutiva do caso. A positividade para CD3, observada no painel imuno-histoquímico, foi atribuída a linfócitos T reativos infiltrantes, dado o diagnóstico inequívoco de DLBCL com marcadores B (CD20, PAX-5), afastando a hipótese de fenótipo misto.

A presença de três linfonodos acometidos entre oito ressecados evidencia disseminação locorregional, mas a ausência de doença metabolicamente ativa no PET-CT pós-tratamento demonstra a quimiossensibilidade característica dos DLBCL, mesmo em apresentações extranodais agressivas. Este desfecho favorável sugere que, apesar do perfil imuno-histoquímico desfavorável, o tratamento multimodal com cirurgia seguida de quimioterapia R-CHOP pode proporcionar remissão completa [8].

O manejo do caso seguiu o que é preconizado para linfomas gastrointestinais complicados: a cirurgia foi indicada pelo quadro de emergência, isto é, pela obstrução intestinal, não pela doença oncológica em si. A ressecção segmentar com margens livres e enteroenteroanastomose primária mostrou-se segura e eficaz, permitindo tanto a resolução do quadro obstrutivo quanto a obtenção de material para diagnóstico histopatológico definitivo [9]. Esse achado está alinhado com os resultados da revisão narrativa, que mostrou que a cirurgia de emergência seguida de quimioterapia está associada a altas taxas de remissão em pacientes com obstrução intestinal por DLBCL [11].

A questão do momento ideal da cirurgia em relação à quimioterapia permanece sem resposta definitiva na literatura e neste caso específico. A cirurgia foi imposta pela urgência, e o tratamento quimioterápico adjuvante com R-CHOP, conforme recomendado pelas diretrizes atuais [10], foi instituído em momento pós-operatório adequado. O desfecho favorável do paciente, remissão completa mantida, não permite afirmar se a cirurgia prévia à quimioterapia conferiu vantagem em relação ao tratamento exclusivo com R-CHOP. No entanto, o caso demonstra que, em situações de abdome agudo obstrutivo, a ressecção cirúrgica seguida de quimioterapia é uma estratégia viável e potencialmente curativa [9].

As limitações inerentes ao delineamento de relato de caso único, impossibilidade de generalização estatística, viés de seleção e ausência de grupo controle, são reconhecidas. Além disso, o seguimento do paciente, embora demonstre remissão completa até o momento, é ainda relativamente curto para avaliação definitiva de desfechos de longo prazo, como sobrevida livre de progressão e sobrevida global [10]. A ausência de PET-CT basal, biópsia de medula óssea, dosagem de LDH e sorologias virais constitui uma limitação adicional, que impede o cálculo exato do IPI e a confirmação plena dos critérios de Dawson. Essas pendências decorrem do cenário de urgência cirúrgica, em que a prioridade foi o manejo da obstrução, e da ausência de protocolos institucionais para investigação oncológica completa na admissão.

Não obstante, este relato contribui para a literatura ao documentar uma apresentação rara de DLBCL ileal e ao evidenciar a importância da inclusão dos linfomas intestinais no diagnóstico diferencial do abdome agudo obstrutivo. Os achados da revisão narrativa reforçam que a associação de cirurgia de emergência e R-CHOP é uma estratégia eficaz em pacientes com obstrução intestinal por DLBCL. A elaboração de algoritmos diagnóstico-terapêuticos adaptados à realidade cirúrgica e oncológica permanece como meta a ser alcançada por estudos multicêntricos com maior número de pacientes, capazes de gerar evidências mais robustas para a padronização de condutas.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O presente estudo foi aprovado pelo comitê de pesquisa e conduzido em conformidade com a Resolução CNS nº 466/2012 (CAAE: 95669526.0.0000.5186).

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Sehn LH, Salles G. Diffuse large B-cell lymphoma. *N Engl J Med*. 2021;384(9):842-858. doi:10.1056/NEJMra2027612.
2. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2011;17(6):697-707. doi:10.3748/wjg.v17.i6.697.
3. Maglinte DDT, Kelvin FM, O'Connor K, Lappas JC, Chernish SM. The role of the physician in the late diagnosis of primary malignant tumors of the small intestine. *Am J Gastroenterol*. 1991;86(3):304-308.
4. Park JH, Kim JW, Lee JO, Bang SM, Lee JS, Lee KW. Clinical features and prognostic factors of primary intestinal diffuse large B-cell lymphoma: a single-center experience. *Korean J Clin Oncol*. 2017;13(1):6-11. doi:10.14216/kjco.17011.
5. Daum S, Ullrich R, Heise W, Dederke B, Foss HD, Stein H, Thiel E, Zeitz M, Riecken EO. Intestinal non-Hodgkin's lymphoma: a multicenter prospective clinical study from the German Study Group on Intestinal Non-Hodgkin's Lymphoma. *J Clin Oncol*. 2003;21(14):2740-2746. doi:10.1200/JCO.2003.11.141.
6. Sjö LD, Poulsen CB, Hansen M, Møller MB, Ralfkiaer E. Profiling of diffuse large B-cell lymphoma by immunohistochemistry: identification of prognostic subgroups. *Eur J Haematol*. 2007;79(6):501-507. doi:10.1111/j.1600-0609.2007.00976.x.
7. Hans CP, Weisenburger DD, Greiner TC, Gascoyne RD, Delabie J, Ott G, Müller-Hermelink HK, Campo E, Braziel RM, Jaffe ES, Pan Z, Farinha P, Smith LM, Falini B, Banham AH, Rosenwald A, Staudt LM, Connors JM, Armitage JO, Chan WC. Confirmation of the molecular classification of diffuse large B-cell lymphoma by immunohistochemistry using a tissue microarray. *Blood*. 2004;103(1):275-282. doi:10.1182/blood-2003-05-1545.
8. Chu Y, Liu Y, Jiang Y, Ge X, Yuan D, Ding M, Qu H, Liu F, Zhou X, Wang X. Prognosis and complications of patients with primary gastrointestinal diffuse large B-cell lymphoma: development and validation of the systemic inflammation response index-covered score. *Cancer Med*. 2023;12(8):9570-9582. doi:10.1002/cam4.5733.
9. Luitel P, Gupta S, Paudel A, Shah RM. Diffuse large B cell non-Hodgkin lymphoma complicated with jejunal stricture and perforation. *Int J Surg Case Rep*. 2024;124:110375. doi:10.1016/j.ijscr.2024.110375.
10. Zelenetz AD, Gordon LI, Abramson JS, Advani RH, Andreadis B, Bartlett NL, Budde LE, Caimi PF, Chang JE, Christian B, DeVos S, Dholaria B, Fayad LE, Habermann TM, Hamid MS, Hernandez-Ilizaliturri F, Hu B, Karimi Y, Kelsey CR, King R, Kline J, Krivacic S, LaCasse AS, Landsburg D, Lim M, Messmer M, Rabinovitch R, Ramakrishnan P, Reid E, Roberts KB, Saeed H, Saito NG, Smith SD, Svoboda J, Swinnen LJ, Tuscano J, Vose JM, Dwyer M, Sundar H. NCCN clinical practice guidelines in oncology: B-cell lymphomas. Version 2.2024. National Comprehensive Cancer Network; 2024. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/b-cell.pdf. Accessed 2025 Aug 6.
11. Lightner AM, Shannon E, Gibbons MM, Russell MM. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma of the small and large intestines: a systematic review. *J Gastrointest Surg*. 2016;20(4):827-835. doi:10.1007/s11605-015-3052-4.
12. Bai Z, Zhou Y. A systematic review of primary gastric diffuse large B-cell lymphoma: clinical diagnosis, staging, treatment and prognostic factors. *Leuk Res*. 2021;111:106716. doi:10.1016/j.leukres.2021.106716.
13. Iwamuro M, Tanaka T, Okada H. Review of lymphoma in the duodenum: an update of diagnosis and management. *World J Gastroenterol*. 2023;29(12):1852-1862. doi:10.3748/wjg.v29.i12.1852.
14. Costa RO, Hallack Neto AE, Chamone DAF, Aldred VL, Pracchia LF, Pereira J. Linfoma não Hodgkin gástrico. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2010;32(1). doi:10.1590/S1516-84842010005000002.