

Causa rara de hemorragia digestiva baixa no adulto

I. Mocanu, S. Pires, N. Veloso, R. Godinho, L. Gonçalves, I.
Medeiros

S. Gastrenterologia
H. Espírito Santo de Évora

Caso clínico

- Mulher, 57 anos, caucasiana
- Sem antecedentes pessoais relevantes
- Sem medicação habitual



Serviço de urgência

- 2 semanas de evolução:
 - Fezes com sangue digerido
 - Cólicas abdominais
 - Cansaço para pequenos esforços
 - Perda ponderal – 3 kg (<10% peso)

Exame objectivo

- Mucosas pálidas, hidratadas
- TA 123/85mmHg, FC 78ppm, Sat 97%, temp 36°C
- Abdómen: mole, livre, depressível, sem defesa nem reacção peritoneal, sem massas ou organomegalias palpáveis
- Toque rectal: sem massas, vestígios de sangue escuro

Laboratório

Análise	Valor	Referência	Valor prévio
Hemoglobina	8,5 g/dL	12-15	12,5 (6m)
VGM	93 fL	80-100	
Leucócitos	5,6 ⁹ /mL	4-10	
Plaquetas	157 ³ /mL	>120	
Ureia	23 mg/dL	10-40	
Creatinina	1,1 mg/dL	<1.5	
PCR	0.9 mg/dL	<0,5	
LDH	327 U/L	200-400	

Colonoscopia



Válvula ileo-cecal
Lesão subepitelial com protrusão
da mucosa dura ao toque,
sugestiva de atipia

Biópsias bite-on-bite
Histologia: inconclusiva

TC



Espessamento parietal ao nível do cego, com 4 gânglios na proximidade do espessamento (7-10 mm), a sugerir envolvimento adenopático local.

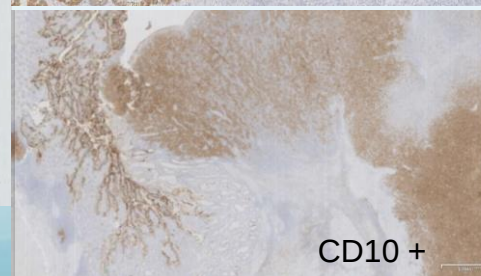
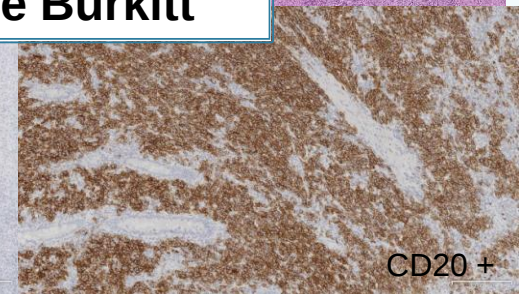
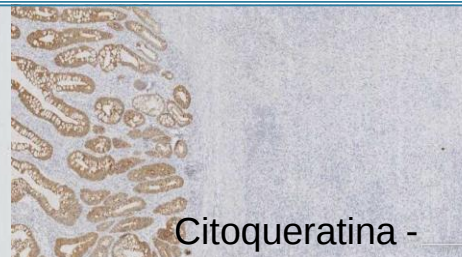
Sem sinais de mestastização a distância.

Cirurgia

- Hemicolecotomia direita



Linfoma B de alto grau compatível com Linfoma de Burkitt



Follow-up

- Hematologia:
 - Cumpriu 6 ciclos de quimioterapia
 - Follow-up aos 16 meses:
 - Assintomática e em remissão clínica
- Serologia EBV – IgG/IgM negativo

Revisão teórica

- Linfoma de Burkitt
 - Linfoma não Hodgkin altamente agressivo – urgência oncológica
 - Translocação gene c-MYC no cromossoma 8
 - Formas clínicas:
 - Endémica
 - 30-50% dos cancros em idade pediátrica na África equatorial
 - Apresentação sob forma de tumor facial em 60% dos casos
 - Esporádica
 - Incidência na Europa: 2 casos/milhão
 - Idade de apresentação < 35 anos
 - H:M=4:1
 - Associada a imunodeficiência
 - HIV: > 200 CD4, não associada a infecções oportunistas, nem diminuiu incidência com TARV

Revisão teórica

- Linfoma de Burkitt esporádico
 - Localização predominante: ileo-cecal
 - Clínica: “apendicite”, obstrução intestinal, hemorragia gastrointestinal
- Linfoma de Burkitt e infecção crónica por EBV
 - Todos os casos endémicos expressam CD 21 - receptor EBV
 - Grande parte dos casos esporádicos não expressam CD21 e são negativos para EBV
 - Papel da infecção viral no desenvolvimento tumoral permanece desconhecido

Revisão teórica

- Tratamento Linfoma de Burkitt
- “Standart of care” ainda não totalmente definido
 - 1ª linha: quimioterapia agressiva
 - Risco de s. lise tumoral
 - Cirurgia – actualmente sem papel no tratamento
- Contudo, muitos diagnósticos são pós cirúrgicos
- Todos os doentes devem ser submetidos a quimioterapia
- Sobrevida aos 2 anos: 80-90%
 - Prognóstico pior com aumento da idade



Obrigada

