

RELATO DE CASO: INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA EM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN

Ana Sofia Vilas Boas Simões¹; Henrique Motoki de Oliveira²; Lígia Maria Silva de Oliveira¹; Diyahallmir Angelo Noel Salinas¹; Maysa Mie Nakashima Katayama¹; Danilo de Oliveira Silva Seraphim¹; Maria Gabriela de Melo Horta¹; Fausto Celso Trigo³;

¹ (Universidade Estadual de Londrina);

² (Universidade Estadual de Londrina, Clínica Médica);

³ (Universidade Estadual de Londrina, Hematologia);

Autor para correspondência: anasofia.simoes@uel.br

Palavras-chave: Falência Hepática Aguda; Linfoma de Hodgkin.

INTRODUÇÃO

O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia de células linfóides maduras, caracterizado histologicamente pelas células de Reed-Sternberg (HRS) ou suas variantes¹.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo expor uma apresentação atípica de LH em paciente jovem e portador do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

RELATO DE CASO

HKTS, 44 anos, encaminhado ao hospital terciário para investigação de quadro de 3 semanas de tosse, cefaleia, febre e sudorese noturna, associado a epigastralgia, náuseas e vômitos, com perda de 7kg no período, evoluindo com quadro de icterícia e colúria. Previamente, ex-tabagista, etilista e portador do vírus HIV, para o qual fazia uso de Tenofovir, Lamivudina e Dolutegravir desde o diagnóstico há 3 anos, com bom controle viral. Na admissão, foi evidenciado pancitopenia, hiperbilirrubinemia às custas de direta, hipoalbuminemia, aumento de enzimas canaliculares e aumento de provas inflamatórias. Devido à persistência de febre e síndrome colestática, foi iniciado antibiótico por suspeita de infecção em vias biliares (VB). Foram afastados fatores obstrutivos em VB, porém exames de imagem demonstraram pólipos vesiculares, hepatoesplenomegalia e linfonomegalia retroperitoneal. Realizado colangiorressonância para investigação que demonstrou sinais sugestivos de doença infiltrativa em fígado e múltiplas lesões em ossos da coluna vertebral. Realizada biópsia de medula óssea (MO) e solicitado biópsia hepática e de linfonodos retroperitoneais. Nesse período, o paciente evoluiu com anasarca, disfunção renal e discrasia sanguínea, com exames evidenciando insuficiência hepática aguda. Foram afastadas quaisquer doenças infecciosas oportunistas. Foi ampliada a investigação, sendo aventado também possibilidade de etiologia autoimune. Após 22 dias de internação, paciente foi levado para centro cirúrgico para realização das biópsias e colecistectomia, por suspeita de neoplasia associada em VB. Já em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), evoluiu com insuficiência respiratória aguda com necessidade de intubação orotraqueal e choque hemodinâmico, falecendo no dia seguinte. Após estudo das lâminas de biópsias (Figura 1), foi demonstrado por imuno-histoquímico tratar-se de Linfoma de Hodgkin clássico em MO e tecido hepático².

DISCUSSÃO

Na maioria dos casos de Linfoma de Hodgkin clássico não há agente deflagrador identificado, mas sabe-se que há associação com algumas infecções, como o vírus Epstein-Barr¹. O acometimento linfonodal regional é predominante, sendo o comprometimento extranodal raro.

Quando há acometimento da MO costuma associar-se com citopenias importantes¹. As manifestações clínicas incluem linfadenomegalia, febre, perda de peso, sudorese noturna e fadiga³. A biópsia excisional do linfonodo suspeito é fundamental para o diagnóstico¹. O tratamento quimioterápico deve ser instituído com base no perfil histológico, no estadiamento e nas características clínicas de cada paciente³.

CONCLUSÃO

Logo, a partir desse caso apresentado, percebe-se que é necessário considerar e reconhecer outras formas de apresentação do LH para que o diagnóstico seja definido precocemente, bem como as implicações terapêuticas, visando melhorar o prognóstico.

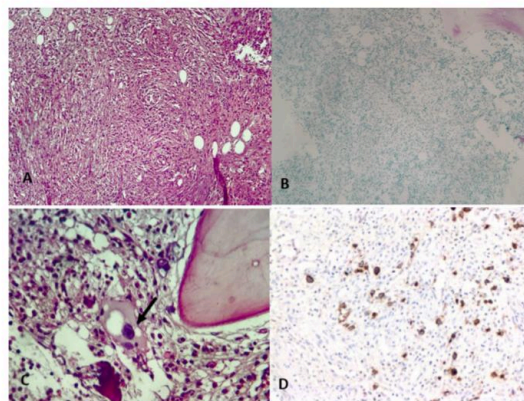


Figura 1 – (A) Lesão tipo granuloma em meio ao tecido adiposo adjacente à vesícula biliar com infiltrado de células linfóides grandes, atípicas, linfócitos maduros, plasmócitos e eosinófilos de permeio. (B) Coloração Ziehl-Neelsen para pesquisa de BAAR negativa, excluindo diagnóstico de tuberculose como causa das lesões tipo granuloma. (C) Célula Reed-Sternberg (seta) variante mononuclear típica de Linfoma de Hodgkin com linfócitos maduros ao redor em biópsia de medula óssea². (D) Resultado de estudo imuno-histoquímico de vesícula biliar com receptor CD30+ característico de Linfoma de Hodgkin clássico².

REFERÊNCIAS

- ¹J Larry Jameson. Harrison Principios de medicina interna. 20th ed. Vol. 1. Ciudad De México: Mcgraw-Hill Education; 2019.
- ²Robbins SL, Abbas AK, Kumar V. Robbins & Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças. 7a ed. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, editores. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- ³Duarte LOF, Neto HA. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Linfoma de Hodgkin no Adulto [Internet]. gov.br. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2020/20201230_pcdt_linfoma-de-hodgkin.pdf