

LINFOMA NÃO- HODGKIN COM MANIFESTAÇÃO ÓSSEA EM PACIENTE HIV POSITIVO: RELATO DE CASO

Área Temática: Saúde

Márcia Rodrigues¹, Rossana Patrícia Basso², Roseli Stone Vieira³, Cláudio Moss da Silva⁴, Jussara Silveira⁵ (Coordenadores da Ação de Extensão)

Alan Castro D'Ávila⁶, Pedro Salomão Dias⁷, Tainá Faundes Behle⁸

Palavras-chave: HIV, lesões ósseas, Linfoma Não-Hodgkin

O Linfoma Não- Hodgkin (LNH) é a segunda neoplasia mais prevalente na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sendo 60-100 vezes mais frequente do que na população geral. O *Linfoma de Células B de Alto Grau de Malignidade* (principalmente Linfoma B Difuso de Grandes Células do tipo Imunoblástico e Linfoma de Burkitt) é o mais comum. A introdução da terapia antirretroviral de alta potência (TARV) acarretou notável diminuição na incidência da doença e aumento na sobrevida. A apresentação relacionada à AIDS costuma ser altamente agressiva, com resposta pouco significativa à terapêutica e prognóstico reservado. CD4+ baixo, idade avançada e não recebimento de TARV são fatores de risco para LNH. Nessa população a doença extranodal e disseminada é mais frequente. Sítio extranodal da doença ao diagnóstico é visto em 60-95% dos casos, sendo exclusivamente extranodal em 1/3. Disseminação para ossos e músculos ocorre em 20%, havendo relatos de LNH primário ósseo. O acometimento pode ser do tipo lítico, rarefação ou misto, sendo comuns febre, dor, edema, perda de peso e fraturas patológicas. A poliquimioterapia sistêmica é a terapêutica de eleição para os casos agressivos de LNH. Apresentamos caso de LNH altamente maligno e de evolução acelerada ocorrido em nosso serviço. Homem, 32 anos, HIV há 7 anos, sem tratamento prévio, CD4+ atual de 197 células/ml e carga viral 235.242 cópias/ml, interna para investigar alteração de função renal (creatinina 3,9mg/dl, uréia 96mg/dl). Exame físico: hemorragia subconjuntival leve e pequenas nodulações em região retro-auricular E. Uma semana depois, apresentou cefaléia occipital, plenitude auricular e nodulações fibroelásticas na cabeça. Ultrassonografia abdominal: hidronefrose bilateral, parênquima heterogêneo, sugestivo de nefrite intersticial aguda. Evolui com normalização da função renal, aumento de cálcio e DHL séricos. Surgem novas nodulações palpáveis na cabeça, com sinais flogísticos, associadas à cefaléia, edema de face e piora da hiperemia ocular. Ao RX: osteólise difusa em

¹ Md. Clínica Médica, FURG, marcia-lr@hotmail.com

² Md. MSc., Clínica Médica, FURG, rpbsana@yahoo.com.br

³ Md. Clínica Médica e Infectologia, FURG, roseli_stone@uol.com.br

⁴ Md. MSc., Clínica Médica, FURG, cms2@vetorial.net

⁵ Md. MSc., Clínica Médica, Chefe do Serviço de HIV/AIDS, FURG, jussara@vetorial.net

⁶ Md. Residente, Clínica Médica, FURG

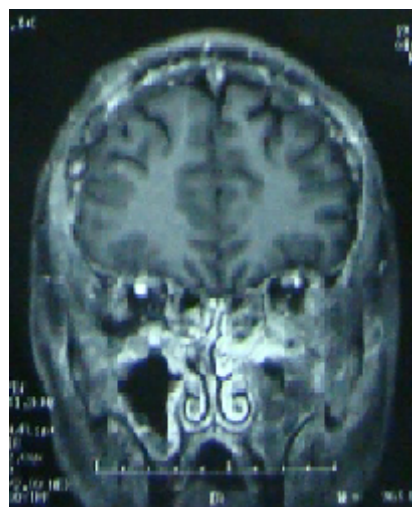
⁷ Acad. de Medicina da FURG

⁸ Acad. de Medicina da FURG, estagiária do Serviço de HIV/AIDS, monitora da disciplina de Doenças Infecto-Parasitárias (DIP)

calota craniana e rarefação homogênea de múltiplos ossos. Tomografia Computadorizada confirma lesões líticas difusas, associadas à reação meníngea e infiltrado de partes moles extra-cranianas, sem alterações encefálicas. Ressonância nuclear magnética lesões difusas captantes de contraste de aspecto expansivo, com alargamento da calota craniana, sem ultrapassar dura-máter. Acometimento de ossos da face com infiltração de órbita esquerda com proptose de globo ocular. Pequeno espessamento pleural em terço médio do hemitórax direito e adenomegalia retroperitoneal. Evolui com piora importante do estado geral: hemorragia subconjuntival, protusão ocular bilateral, hipoacusia, emagrecimento. Realizada biópsia de medula óssea, sem anormalidades. Iniciada corticoterapia empírica. Após melhora clínica por cerca de seis dias, recidiva de sintomas otológicos, oftálmicos e cefaléia, com saída de secreção sanguinolenta do ouvido esquerdo. Realizada biópsia da lesão (acesso pelo seio maxilar esquerdo). Solicitada pesquisa direta, culturas e sorologias para fungos, micobactérias, *Bartonella quintana*, imunoeletroforese de proteínas, proteinúria de Bence-Jones. Iniciado tratamento de prova para fungos, bartonelose e tuberculose que foram suspensos conforme exclusões diagnósticas. Observa-se eliminação nasal de tecido esponjoso vivo, brancossanguinolento, sem necrose. Ao exame micológico, fungo compatível com *Candida albicans* e fungo filamentoso de espécie ainda aguardando confirmação. Piora do quadro: caquexia, prostração, depressão, cefaléia, insônia. Apresenta nodulações em palato e sensação de sufocamento secundária à obstrução traqueal. Realizada traqueostomia. Imuno-histoquímica positiva para CD45 (Clone RP2/18 e rp2/22- Novocastra), compatível com Linfoma não-hodgking difuso de alto grau. Paciente evolui com hematúria, taquicardia, taquipnéia, infiltrado pulmonar difuso. Sem condições clínicas para iniciar tratamento específico. Evolui a óbito no 35º dia de internação por insuficiência respiratória. O baixo nível de CD4+, associado a carga viral elevada predispõe a doenças altamente agressivas, de evolução progressiva e fatal. O LNH deve ser considerado sempre nos diagnósticos diferenciais de pacientes HIV, pois acomete 3-5% destes, determinando com frequência desfecho desfavorável.



Protusão ocular bilateral acompanhada de focos hemorrágicos.



RNM mostrando lesão infiltrativa à E, com acometimento de seio maxilar.