

Objetivos: Relatar o processo de diagnóstico de um paciente com Linfoma Não-Hodgkin do tipo Burkitt. **Material e métodos:** Paciente do sexo masculino, 48 anos, submetido a apendicectomia a davis, anátomo patológico com ausência de sinais histológicos de malignidade e TC de abdome sem contraste compatível com diagnóstico, associada a linfonodomegalias adjacentes. Paciente retornou após 5 meses com quadro de dor abdominal associada a náuseas, vômitos e perda ponderal de 10 kg desde a cirurgia. Apresentava defesa em fossa ilíaca direita e plastão palpável. Realizada nova TC com espessamento parietal e formação heterogênea, em fossa ilíaca direita, com dilatação de alças de delgado e sinais inflamatórios adjacentes, pequena quantidade de líquido livre em cavidade abdominal. RNM evidenciando volumosa lesão expansiva sólida com sinal hipointenso em T2 e T1, acentuada restrição à difusão e intenso realce heterogêneo pelo meio de contraste localizada no flanco e fossa ilíaca direita, envolvendo o cólon ascendente, ceco e íleo distal, com componentes gasosos, ademais, presenças de lesões semelhantes em diferentes topografias. Posteriormente, foi realizada biópsia percutânea e a imunohistoquímica evidenciou Linfoma não-Hodgkin de células B de alto grau- do tipo Burkitt. **Resultados:** Solicitado revisão de lâmina da apendicectomia realizada 5 meses antes do diagnóstico da neoplasia atual, sendo encontrada células do Linfoma de Burkitt. Paciente em tratamento com esquema HyperCVAD. **Discussão:** O Linfoma de Burkitt é um linfoma não Hodgkin, derivado das células B do centro germinativo, causado pela desregulação do gene MYC que por manter alta expressão desse gene, este responsável pelo crescimento, divisão e morte celular gera uma velocidade de crescimento acelerado. Possui dentre seus subtipos a forma não endêmica (esporádica) a qual tem por característica acometimento no abdome. Tem por apresentação clínica sintomas constitucionais como: febre, sudorese noturna e perda de peso; somado a sintomas compressivos o local em estruturas adjacentes devido ao caráter de crescimento progressivo. O paciente relatado apresentava quadro de dor abdominal e suboclusão intestinal, achado de massa abdominal e biópsia concluiu o diagnóstico. **Conclusão:** Esse relato trata de um caso de Linfoma de Burkitt, um tipo raro e agressivo de Linfoma não-hodgkin, considerado um desafio clínico devido a sua rápida progressão. Destaca-se a importância de um diagnóstico precoce e tratamento agressivo para melhorar os desfechos clínicos. Neste caso, em um primeiro momento não foi diagnosticado quando abriu o quadro da apendicite aguda, evidenciando posteriormente uma massa abdominal e correlacionado com o quadro de abdome agudo inflamatório prévio, sendo a revisão da biópsia e a biópsia atual conclusivas para Linfoma de Burkitt.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1893>

COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS E FETAIS PARA MÃES PORTADORAS DA DOENÇA FALCIFORME: UMA REVISÃO LITERÁRIA

LM Brocardo, GA Patente, JS Asato, LD Payaro, M Brito, AP Graça

Centro Universitário São Camilo (CUSC), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: A gestação é um período marcado por diversas alterações fisiológicas e quando ocorre em mulheres falcêmicas é necessário um pré-natal rigoroso para minimizar os riscos de perda materno fetal. A doença falciforme (DF), uma hemoglobinopatia de causa hereditária, cursa com mudança estrutural da hemácia e consequentes fenômenos vasculares obstrutivos, anemia sintomática, crises álgicas, além de disfunções orgânicas. Gestantes portadoras apresentam alta probabilidades de abortos espontâneos, restrição de crescimento fetal, parto prematuro, óbito fetal e materno, entre outros. Nosso trabalho visa principalmente explorar as possíveis complicações descritas na literatura tanto para a mãe quanto para o feto. **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão literária, que utilizou as bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde e os descritores “pregancy”/ “gravidez”/ “gestação” e “sickle cell disease”/ “anemia, sickle cell”/ “anemia falciforme, com os marcadores booleanos “AND” e “OR”. Os filtros aplicados foram texto completo, estudo observacional, ensaio clínico, texto em Inglês e em português e publicado nos últimos 5 anos. Dessa forma, foram encontrados 123 estudos nas plataformas e, inicialmente, foram excluídos 88 textos por fuga ao tema e 9 por duplicidade. Em última análise, definiu-se que seriam descartados revisões e meta-análises, levando à exclusão de mais 4 estudos. Dessa maneira, restaram 22 textos. **Resultados:** A junção da DF com a condição hipercoaguladora e vasoconstritora da gestação proporcionam circunstâncias desafiadoras para o binômio mãe e feto. Nos estudos selecionados foi possível encontrar que a prematuridade, o baixo peso ao nascimento, a necessidade de cuidado neonatal na UTI, a natimortalidade foram mais comuns nas pacientes com DF quando comparadas a aquelas que não possuem esta enfermidade. Ademais, complicações obstétricas comuns em portadoras da DF relatadas na literatura foram: pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, crise vaso-oclusiva, infecção urinária e síndrome torácica aguda. Foi observado também que grávidas portadoras da DF receberam um maior número de transfusões sanguíneas. **Discussão:** A gestação já se trata de uma condição vasoconstritora e para pacientes falcêmicas torna-se uma situação de alto risco. Os estudos mostraram que a doença falciforme possui uma razão menor entre prostaciclina-tromboxano, o que leva a um risco elevado de desenvolver vasoconstricção e hipertensão gestacional, associado a uma maior viscosidade sanguínea e consequente hipóxia fetal devido a baixa perfusão placentária, causando restrição de crescimento intra-uterino e baixo peso ao nascer, além de aumentar o risco de natimortos e partos prematuros. **Conclusão:** Os estudos indicam que prematuridade, baixo peso ao nascimento, necessidade de cuidados na UTI neonatal e natimortalidade são mais frequentes em gestantes com DF. Concluímos que a presença da DF com as condições de hipercoagulação e vasoconstricção da gestação cria um ambiente desfavorável para a mãe e o feto. Portanto, é fundamental um acompanhamento rigoroso e multidisciplinar das gestantes com DF, a fim de minimizar os riscos maternos e fetais e melhorar os desfechos perinatais. A identificação precoce e o manejo adequado dessas complicações podem contribuir para a redução da morbidade e mortalidade associadas a essa condição.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1894>