

COMPROMETIMENTO MEDULAR POR LINFOMA TIPO BURKITT

RELATO DE UM CASO

*MURILLO CORTES DRUMMOND **
*SUELI ALVES DE ANDRADE ***
*MANOEL DE ALMEIDA MOREIRA FILHO ***
*VERA REGINA LOBO MAGALHÃES ****

Dennis Burkitt, cirurgião inglês, em 1958, deu especial atenção à alta prevalência de sarcoma de mandíbula em crianças africanas. Trabalhando com O'Connor na África Oriental, coletou ele uma série de 106 casos de linfomas de mandíbula e abdominais, contando cerca de 50% de todos os tumores malignos vistos nas crianças daquela região⁴. A combinação de achados clínicos e histológicos² sugeriu o epônimo "Burkitt's lymphoma" para estes tumores de crescimento rápido que, se não tratados adequadamente, levavam à morte no espaço de meses⁴. Posteriormente foram descritos casos de linfomas similares em outros países (Suécia, Japão, Tailândia e Inglaterra)¹ o que demonstrou não ser a patologia restrita à África Equatorial, que apresenta a mais alta incidência e predileção para o envolvimento de mandíbula e maxilar. Em nosso meio a patologia é pouco frequente, mas há relato de casos no Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Paraíba. Sabe-se atualmente, que o linfoma de Burkitt tem predileção pelo sistema nervoso. No Kenia, 34% dos casos mostrou evidência desse comprometimento³. Os vários aspectos das manifestações clínicas e patológicas do linfoma de Burkitt do sistema nervoso têm sido documentados por pesquisadores em Ibadan, Nigéria³. Esses trabalhos evidenciam ser a patologia em questão a causa mais frequente de paraplegia em crianças da África Equatorial. Em contraste com a notável sobrevida em crianças com linfoma de Burkitt em outras localizações, os resultados do tratamento do envolvimento medular tem sido desapontador. A cirurgia não altera o curso da doença³.

O propósito deste registro é relatar caso observado por nós.

OBSERVAÇÃO

K.P.O., sexo masculino, 3 anos de idade, pardo, natural do Rio de Janeiro, foi internado em 18-2-79 (reg. 82.529) no Hospital Naval Marcílio Dias, com história de início há 20 dias dos sintomas da doença. Naquela ocasião apresentou dor nas costas, barriga, coxas, região anal e perineal. Posteriormente houve mudança no ritmo intestinal (constipação) e passou a andar curvado para a direita. Uma semana antes

* Docente de Neurocirurgia da UFRJ e da UERJ; ** Neurocirurgião do Hospital Naval Marcílio Dias; *** Patologista.

da internação, deixou de andar e não conseguia manter-se de pé; foi tratado sintomaticamente no Serviço de Pediatria sem haver melhora. Exame Físico — paciente em bom estado geral, com acentuada hipertonia da musculatura paravertebral dorsal especialmente à direita, não suportando a posição deitada, mantendo-se sentado. Exame Neurológico — paraparesia crural, sensibilidade dolorosa universalmente conservada, reflexos patelar e aquileu abolidos bilateralmente, reflexo cremastérico abolido à direita, reflexos cutâneo-abdominais presentes e simétricos. Presença dos sinais de Kernig, Brudzinski e Lasègue bilateralmente. Exames Complementares: — RX simples de coluna sem alterações. Punção lombar mostrou líquido cefalorraqueano (LCR) coagulando-se espontaneamente. Mielografia evidenciou bloqueio completo de T₁₁ até L₂ (realizada por punções a nível de L₄ e L₅ e suboccipital (Fig. 1). Cirurgia — Laminectomia de



Fig. 1 — Caso K.P.O.: mielografia evidenciando bloqueio completo (T₁₁-L₂).

T₁₀ a L₁ com exérese de massa tumoral epidural de coloração branco-acinzentada, de consistência friável, estendendo-se de T₁₁ a L₁. Pós-operatório sem anormalidades. Exame anátomo patológico — Macroscopia: 4 fragmentos de aspecto homogêneo medindo em conjunto 2 x 1,5 x 1 cm, coloração brancacenta. Microscopia: padrão em céu estrelado, caracterizado pela presença de histiócitos com citoplasma vesiculoso e contendo material fagocitado em meio a proliferação de células linfóides de porte médio. Estas revelam citoplasma basofílico com diminutos vacúolos e núcleos de cromatina frouxa, ocasionalmente nucleolados (Fig. 2). Evolução — o paciente voltou a deambular, permanecendo assintomático por um mês e meio. Posteriormente voltou a apresentar

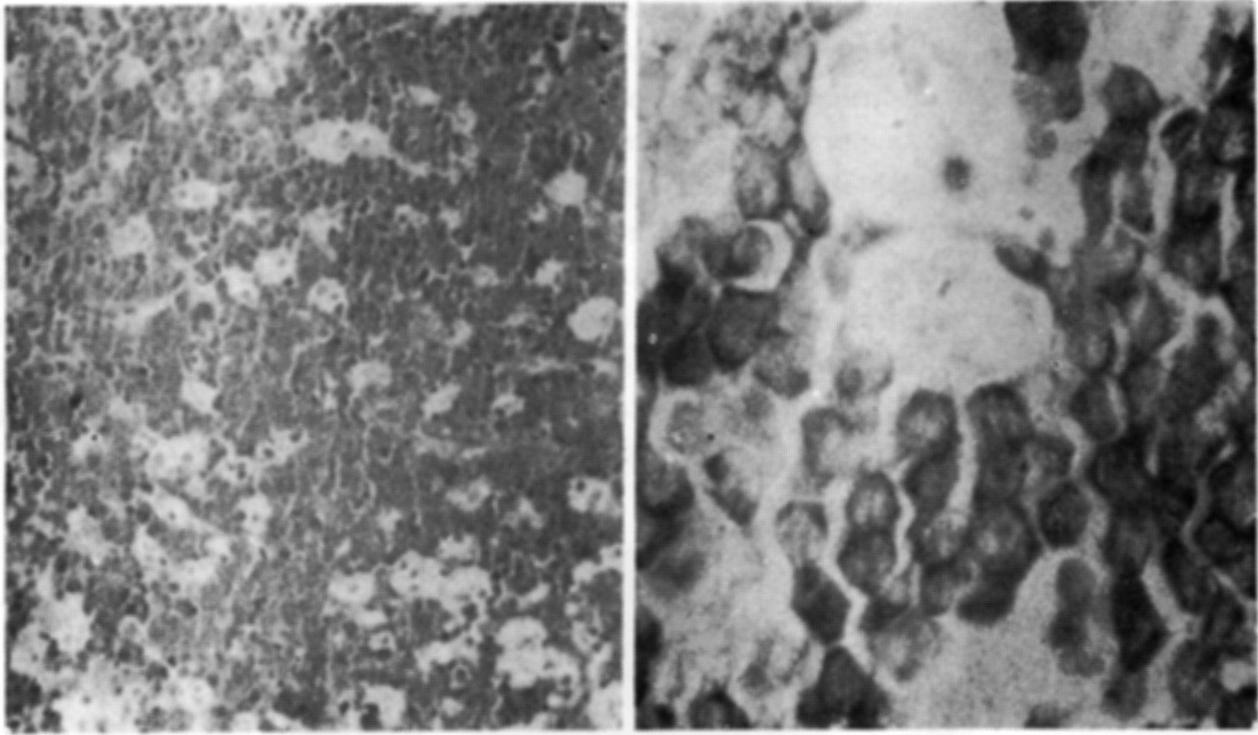


Fig. 2 — Caso K.P.O.: aspectos histológicos do tumor removido cirurgicamente.

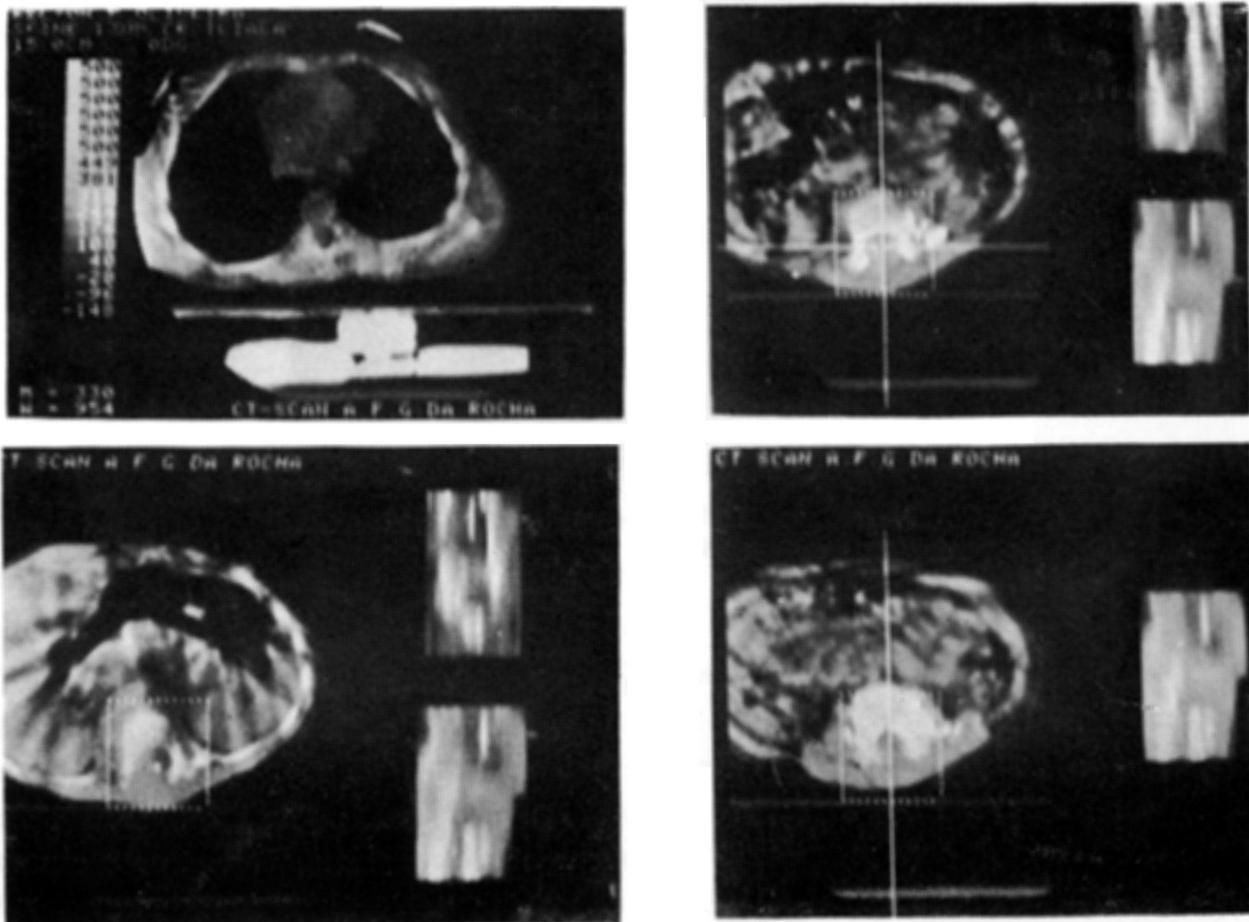


Fig. 3 — Caso K.P.O.: tomografia computadorizada, com contraste, evidenciando massa tumoral a nível de L₂.

diminuição de força nos membros inferiores e houve aparecimento de tumoração em região dorso-lombar. Exames laboratoriais evidenciaram hiperuricemia (ácido úrico = 80 mg%); mielograma normal; tomografia computadorizada com contraste evidenciou massa tumoral a nível de L₂ com alta densidade, ocupando o canal medular com limites imprecisos e massa no hemi-abdome direito (Fig. 3). Óbito 6 meses após o início dos sintomas, não tendo sido realizada necrópsia por falta de autorização das pais.

COMENTARIOS

De acordo com a Segunda Conferência de Trabalho em Bethesda (USA) 1967, publicada em 1969, só são considerados linfoma de Burkitt aqueles que apresentarem as seguintes características: — crescimento expansivo nodal maior que infiltrante; — envolvimento do sistema nervoso central, inicial, em 10% dos casos e durante a evolução da doença em 40%; — acometimento de crianças na primeira década de vida, principalmente; — aspecto histológico monótono e característico; — identificação de EBV (Epstein-Barr vírus). Epstein e seus colaboradores demonstraram, em 1964, um vírus do grupo herpes em culturas de células tumorais, por microscopia eletrônica. Faltando qualquer desses quesitos classifica-se a patologia como linfoma tipo Burkitt. O caso registrado pode ser, assim, classificado dentro deste último grupo.

RESUMO

Registro de caso de linfoma tipo Burkitt com comprometimento intrarraqueano em criança de três anos de idade. Considerações sobre esse tipo de tumor são feitas em função do caso observado e de dados da literatura.

SUMMARY

Spinal cord involvement by lymphoma of Burkitt's type: a case report.

Case report of Burkitt's type lymphoma with involvement of the spinal cord in a three years-old child. An epidural tumoral mass (T₁₁-L₁) was removed surgically (Fig. 2), and clinical conditions improved for a short period of time (1 and 1/2 months) after which symptoms reappeared. At this occasion a computerized tomography showed a tumoral mass occupying the spinal canal with high density at the L₂ level. The patient died 6 months after the beginning of the disease. General considerations are made on Burkitt's lymphoma.

REFERÊNCIAS

1. AHBSTROM, C.G.; ANDERSON, T.; KLEIN, G. — Malignant lymphoma of Burkitt's type in Sweden. *Int. M. Cancer* 2:583, 1967.
2. O'CONNOR, G.T. — Malignant lymphoma in African children. A pathological entity. *Cancer* 14:270, 1961.
3. OLUMIDE, A.A. & ADELOYE, A. — Burkitt's lymphoma of the spinal cord. *Trop. geogr. Med.* 30:215, 1978.
4. STUTZ, A.M. — Burkitt's lymphoma: the role of radioterapy. *Radiology* 104:379, 1972.