

EP-125 - PANCREATITE AGUDA COMO FORMA DE APRESENTAÇÃO INCOMUM DE LINFOMA PRIMÁRIO ESPLÊNICO

E Gravito-Soares¹; M Gravito-Soares¹; Je Pina Cabral¹; C Lérias¹; D Branquinho¹; R Pina²; L Tomé¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Descrição do(s) caso(s) e/ou técnicas apresentadas

Introdução: Apesar do envolvimento secundário do baço em 30-40% dos linfomas não-Hodgkin (LNH), o linfoma difuso grandes células-B (LDGCB) primário esplênico representa um subtipo incomum (<1%). A infiltração pancreática pelo LDGCB representa uma etiologia infrequente de pancreatite aguda.

Caso clínico: Homem, 51anos. Antecedentes irrelevantes. Quadro de dor abdominal nos quadrantes superiores, com meses de evolução e agravamento recente, sem sintomas B. Ao exame objetivo emagrecido e aparente massa epigástrica palpável. Analiticamente, anemia ligeira normocítica/normocrômica (Hb 11,6g/dL, VGM 85fL), hiperamilasémia 583U/L, LDH 408U/L e PCR 10,7mg/dL. Ecografia abdominal com volumosa massa sólida heterogénea (16x9x11cm) do polo superior do baço/hilo esplênico, sem dilatação das vias biliares e vesícula biliar sem litíase. Critérios de pancreatite aguda alitiásica ligeira (Ranson1, BISAP0). Tomografia computadorizada com volumosa lesão heterogénea lobulada (9,5x13x13cm), no hipocôndrio esquerdo, com infiltração do baço e pâncreas, dilatação do wirsung e vias biliares intra- e extra-hepáticas, com término abrupto intra-pancreático; múltiplas adenopatias necrosadas, peri-pancreáticas e hilares hepáticas (a maior com 32mm); invasão da veia esplênica, circulação venosa colateral e derrame peritoneal ligeiro. Desenvolveu colestase progressiva e colangite aguda com boa resposta a antibioterapia com Piperacilina-Tazobactam. Biopsia ecoguiada por agulha tru-cut 18G com LNHDGCB (CD20+, Bcl6+, MUM-1+; Ki67>80%). Biopsia medular óssea sem doença linfoproliferativa. Esofagogastroduodenoscopia com varizes esofágicas pequenas e abaulamento anterior do corpo por compressão extrínseca. Efetuada quimioterapia com 6 ciclos de R-CHOP+prednisolona, com resposta completa (PET-18-FDG com pequeno foco esplênico, não confirmado por biopsia esplênica dirigida), após 6 meses de follow-up.

Motivação/justificação dos autores para a sua apresentação (raridade, inovação, truque, outra).

Conclusão: Apresenta-se um caso de LDGCB primário esplênico com apresentação pouco habitual - pancreatite aguda por infiltração linfomatosa pancreática. No diagnóstico diferencial de pancreatite aguda, especialmente se massa esplênica e LDH elevada, deverá ser incluída a hipótese de linfoma com envolvimento esplênico, dado que a abordagem terapêutica dirigida à redução tumoral por quimioterapia é usualmente efetiva, mesmo em casos de irrisecabilidade cirúrgica.