

CAPÍTULO 6

Principais neoplasias da infância

Sophia Guimarães Eller | Nathalia da Silva Halley Neves | Vicente Odone Filho

RESPOSTAS

Caso A

1. Principais hipóteses diagnósticas: Mono-like, storch, doença da arranhadura do gato, dengue, linfoma, leucemia aguda, *chikungunya*.
2. Linfadenomegalia indolor localizada principalmente supraclavicular e axilar, febre persistente e hematomas sem desencadeantes claros.
3. Hemograma, eletrólitos, função renal, PCR, DHL, ácido úrico e sorologias.

Nota: Ao receber um paciente com os sinais e sintomas apresentados acima, é necessário estar atento às diversas hipóteses diagnósticas e o que as diferencia. No que diz respeito às neoplasias hematológicas, inicialmente a apresentação clínica é similar a algumas doenças infectocontagiosas, com sintomas inespecíficos.¹ No caso em questão, o que mais nos chama atenção para doenças não infecciosas é a linfadenomegalia indolor localizada principalmente supraclavicular e axilar, a febre persistente, bem como os hematomas sem desencadeantes específicos, que, em conjunto, nos levam às hipóteses de linfoma e leucemia. Dado esse raciocínio inicial, é necessária a solicitação de exames para diferenciar tanto as causas neoplásicas quanto as infecciosas, como hemograma, eletrólitos, função renal, PCR, DHL, ácido úrico e sorologias.

- Exames adicionais:

Hemograma com Hb 9 mg/dL, Ht 25, plaquetas 89.000/mm³, VCM 78, HCM 30

Leucócitos de 15.000/mm³ (neutrófilos 800/ monócitos 200/ linfócitos 8000/ blastos 6000)

Sorologias em andamento

DHL 1200 U/L

Ácido úrico 7 mg/dL

Creatinina 0,4 mg/dL

Ureia 45 mg/dL

PCR de 5 mg/dL

Eletrólitos sem alterações

Tendo em vista os exames adicionais, é importante estar atento às alterações mais frequentes nas doenças onco-hematológicas. Quanto ao hemograma, esperamos anemia, leucopenia e/ou leucocitose e plaquetopenia, além da presença de atipia celular. Ademais, é esperado que o DHL, o ácido úrico e a função renal venham aumentados, devido à divisão e lise celular elevadas. O PCR é um exame inespecífico e habitualmente já se apresenta elevado no diagnóstico dessas neoplasias, de maneira ainda mais intensa se houver causas infecciosas. Nesse momento, com os exames laboratoriais corroborando com as hipóteses de leucemia e linfoma, o oncologista deve ser acionado para o manejo e condutas subsequentes, com investigação mais minuciosa. Cabe ainda ao

pediatra do atendimento inicial, identificar possíveis complicações do manejo, como síndrome de lise tumoral e neutropenia febril, bem como realizar o diagnóstico inicial.

4. Leucemia e linfoma. As leucemias são divididas em leucemia mieloide aguda (LMA) e leucemia linfóide aguda (LLA) e são o tipo de neoplasia mais prevalente em crianças, principalmente a LLA. Possuem sua origem na medula óssea e decorrem de alterações nas células precursoras hematopoiéticas. Os principais sintomas da doença são: hematomas em regiões cobertas sem traumas definidos, palidez mucocutânea, dor em articulação com piora noturna, linfadenomegalia generalizada e febre. Além disso, é necessário atentar-se a sinais de sangramento, bem como anemia severa, plaquetopenia $< 20.000/\text{mm}^3$ e leucocitose $> 50.000/\text{mm}^3$ que sugerem doença mais grave. Os linfomas são subdivididos em linfoma de Hodgkin e linfoma não Hodgkin, sendo o segundo mais prevalente em crianças. Eles diferenciam-se principalmente, pois, os linfomas de Hodgkin possuem evolução mais lenta e acometem cadeias contíguas de linfonodos enquanto os linfomas não Hodgkin possuem alta replicação celular e crescimento exacerbado. Os principais sintomas dos linfomas são: febre, sudorese noturna e linfadenomegalia generalizada. É importante também estar atento a massa mediastinal ou linfadenomegalia associada a dispneia, que são sinais de alarme para os linfomas e configuram quadro de maior gravidade.
5. Neutropenia febril e síndrome de lise tumoral são as principais complicações em pacientes pediátricos.

RESPOSTAS

Caso B

1. As principais neoplasias são: hepatoblastoma, tumor de Wilms, neuroblastoma e linfoma não Hodgkin.
2. Os exames que devem ser solicitados neste momento são: USG de abdome total, ressonância magnética de abdome, dosagem de alfafetoproteínas (AFP) e catecolaminas na urina (VMA, HVA), hemograma, creatinina, ureia, urina 1 e raios-X de tórax.
3. Analisando uma criança com os sinais e sintomas descritos, o que mais chama atenção é a massa abdominal sem etiologia identificada, que, em crianças acima de 1 ano, é altamente sugestiva de neoplasia, dado que essa é a principal causa de massa abdominal nessa idade. Além disso, o emagrecimento e a perda de apetite repentinos corroboram com a hipótese de câncer.¹ Por isso, devemos pensar como hipóteses diagnósticas os tumores abdominais, principalmente hepatoblastoma, tumor de Wilms, neuroblastoma e linfoma não Hodgkin. Nesse momento, é importante a realização de exames de imagem para visualizar a massa abdominal, bem como exames laboratoriais que nos ajudem a diferenciar os possíveis tipos de tumores abdominais. Dessa forma, a primeira imagem a ser solicitada é um USG de abdome total, seguido posteriormente de ressonância magnética ou tomografia. Além disso, é necessário dosagem de alfafetoproteína (AFP) e catecolaminas na urina (VMA, HVA), hemograma, creatinina, ureia e urina 1. Por fim, é importante também que seja solicitado um raios-X de tórax para visualizar possíveis metástases pulmonares, que serão avaliadas com mais detalhes com uma tomografia, caso o diagnóstico revele uma neoplasia com alta propensão de envolvimento pulmonar (tumor de Wilms).

Exames complementares:

Alfafetoproteína 568 ng/mL

VMA 2 mg/24 h HVA 3 mg/24 h

USG de abdome total com de massa de 3 cm no lobo direito do fígado, heterogênea e com contornos irregulares, com presença de calcificações no interior da lesão.

Ressonância magnética de abdome com contraste, com presença de massa sólida em lobo direito do fígado medindo cerca de 3 cm.

Hemograma com Hb de 12 mg/dl e Ht de 36%

Raios-X de tórax sem alterações.

Eletrólitos sem alterações.

Creatinina 0,4 mg/dL.

Ureia 15 mg/dL.

Ácido úrico 3 mg/dL.

Urina 1 sem alterações.

De acordo com a análise dos exames laboratoriais nota-se que o VMA e HVA encontram-se dentro da normalidade esperada para a idade do paciente, o que não favorece a hipótese de neuroblastoma. Concomitante a isso, percebemos um hemograma sem alterações relevantes, sugerindo possível ausência de envolvimento medular. Em adição, percebemos aumento significativo da AFP, o que é compatível com a existência de um

hepatoblastoma, mesmo não sendo esse o marcador específico para esse tipo de tumor. Nesse contexto, dado o alto risco de ser uma neoplasia, o pediatra deve encaminhar o paciente para o oncologista.

4. Hepatoblastoma, neuroblastoma e tumor de Wilms. O hepatoblastoma se localiza no fígado, principalmente no lobo direito, e aumenta a produção de alfafetoproteínas pelo corpo. O tumor de Wilms se localiza no rim é circundado por uma pseudocápsula e há a necessidade de um exame físico abdominal cauteloso para evitar o rompimento tumoral. O neuroblastoma se localiza nas glândulas adrenais ou na cadeia paraganglionar simpática e aumenta os níveis de VMA e HVA na urina, produtos da degradação de catecolaminas.
5. O marcador alterado no hepatoblastoma é a alfafetoproteína.
6. Os marcadores alterados no neuroblastoma são: VMA e HVA.