



Ascite quilosa e linfoma não Hodgkin: um relato de caso

Martina Carolline de Moura Ferreira Gomes¹; Lillian Rose Maia Gomes de Araújo²; Jones Silva Lima²; Leila Priscilla Pinheiro da Silva³.

1. Hospital Getúlio Vargas – PE; 2. Hospital das Clínicas - PE; 3. Hospital Otávio de Freitas - PE.

Introdução/Fundamentos

Ascite quilosa é fluido peritoneal de aparência leitosa, rico em triglicerídeos. É um achado incomum, com uma incidência de aproximadamente 1:20000. Ela se desenvolve quando há uma ruptura do sistema linfático, que ocorre devido a lesão traumática ou obstrução (de causas benignas ou malignas). Malignidade, cirrose e disrupção linfática após cirurgia abdominal são as principais causas em adultos. Em crianças, as anormalidades linfáticas congênicas e os traumas são as causas mais comuns.

Objetivos

Relatar caso de paciente idosa com aumento de volume abdominal recente secundário a ascite quilosa.

Métodos

Feminina, 67 anos, hipertensa, natural e procedente de Recife-PE, com relato de edema em membros inferiores de início há 6 meses e aumento de volume abdominal há 3 meses. Havia relato de pancitopenia já investigada e atribuída a hiperesplenismo por Doença Hepática Crônica de etiologia esquistossomótica. Negava dispneia, dor abdominal, febre, sangramentos. Devido ascite de início recente foi realizada paracentese diagnóstica (aspecto leitoso; células totais 897; linfócitos 99%; mesoteliócitos 1%; hemácias 14742; albumina 1,25; DHL 84; glicose 110; cultura negativa; triglicerídeos 404; GASA 1,8).

Resultados

Em busca da etiologia da ascite quilosa, foram realizados exames de imagem: endoscopia digestiva alta e colonoscopia normais; tomografia de tórax com derrame pleural bilateral (mais extenso à esquerda) sugestivo de transudato com predomínio linfomononuclear; ressonância magnética de abdome com contraste com conglomerado linfonodal em torno da aorta.

Ao exame físico, foram evidenciadas várias linfonodomegalias pouco móveis (cadeias supraclavicular, axilar e inguinal), sendo feita exérese do linfonodo supraclavicular esquerdo com anatomopatológico/imuno-histoquímica compatível com linfoma não-Hodgkin subtipo difuso de grandes células B.

Paciente foi encaminhada para Hematologia, estando em uso de quimioterapia (protocolo R mini CHOP). Também foi iniciada dieta hipolipídica com suplementação de triglicerídeos de cadeia média e octreotida, apresentando melhora da ascite quilosa (triglicerídeo do líquido ascítico 59)

Conclusões/Considerações Finais

Linfoma e outras neoplasias devem ser lembrados no diagnóstico diferencial de ascite quilosa. Além disso, vale ressaltar que no contexto de ascite recente é necessário realizar análise do líquido em busca da sua etiologia para assim definir a melhor e adequada terapêutica.

Referências Bibliográficas

- CARDENAS, Andrés MD; GELRUD, Andres MD; CHOPRA, Sanjuv. Ascite quilosa, sanguinolenta e pancreática. Uptodate, 2021.
- FREEDMAN, Arnold; FRIEDBERG, Jonathan W; ASTER, Jon C. Apresentação clínica e avaliação inicial do linfoma não Hodgkin. Uptodate, 2021.
- KASPER, Dennis L.. Medicina interna de Harrison. 19 ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2017. 1 v.