EDITORA PASTEUR

Oncologia e Hematologia

Edição X

Capítulo 11

LINFOMA DE BURKITT ABDOMINAL

EDUARDA DE DEUS BALHEJOS[1]
KATYALINE HENRICH[1]
ANTÔNIA DINIZ KUHL[1]
EMILY DOS SANTOS SIQUEIRA[1]
MARCELO PEIXOTO[1]

[1]*Discente - Medicina na Universidade do Vale do Rio do Sinos.*

Palavras-Chave: *Linfoma de Burkitt; Translocação MYC; Imunoterapia.*

DOI 10.59290/978-65-6029-191-1.11

INTRODUÇÃO

O linfoma de Burkitt é um subtipo raro e agressivo de linfoma não Hodgkin, que afeta predominantemente células B e é caracterizado por uma alta taxa de proliferação celular (AFANAS *et al*., 2022). Clinicamente, essa neoplasia manifesta-se com maior frequência na região abdominal, resultando em sintomas como dor abdominal, massas tumorais palpáveis e obstrução intestinal (AREGO & RODRÍGUEZ, 2022). A forma endêmica do linfoma de Burkitt é fortemente associada à infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV), particularmente em regiões tropicais da África, enquanto a forma esporádica ocorre em outras partes do mundo e é menos comumente associada ao EBV (AFANAS *et al*., 2022). Independentemente da variante, a translocação do gene MYC, que leva à desregulação da proliferação celular, é um marcador genético chave para a progressão da doença (SILVA *et al*., 2008). O diagnóstico do linfoma de Burkitt envolve métodos avançados de imagem, como tomografia computadorizada e PET/CT, além da confirmação histopatológica por meio de biópsia e análise imunofenotípica, revelando uma alta taxa de proliferação e expressão de marcadores como CD20 e CD10 (AREGO & RODRÍGUEZ, 2022). O tratamento é baseado em protocolos quimioterápicos de alta intensidade, frequentemente associados ao uso de rituximabe, um anticorpo monoclonal que aumenta a eficácia da quimioterapia (AFANAS *et al*., 2022). Recentemente, novas abordagens, como terapias imunológicas e CAR-T cells, têm mostrado potencial no manejo de casos refratários ou recidivantes. O presente estudo visa revisar os principais aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos do linfoma de Burkitt abdominal, destacando os avanços recentes na abordagem dessa neoplasia altamente agressiva e as perspectivas futuras no tratamento dessa condição (SILVA *et al*., 2008).

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como uma revisão bibliográfica descritiva, realizada com base na coleta sistemática de dados nas bases PubMed e SciELO, durante o período de setembro a outubro de 2024. Com o objetivo de identificar publicações relevantes para fundamentar a pesquisa, os descritores incluídos na estratégia de busca foram: “Burkitt lymphoma,” “pathophysiology,” “diagnosis,” “treatment,” “prognosis,” “treatment complications” e “immunotherapy”. Desta pesquisa, foram incluídos estudos que abordam o linfoma de Burkitt, suas abordagens terapêuticas, publicados entre 2013 e 2024. Os critérios de exclusão aplicados foram: artigos duplicados, que não abordavam diretamente o linfoma de Burkitt e suas abordagens terapêuticas ou que não atendiam aos critérios de inclusão. A pesquisa resultou na seleção de quatro artigos científicos publicados entre 2016 e 2024, que foram analisados e agrupados de acordo com os níveis de evidência e relevância para o tema em estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O linfoma de Burkitt abdominal é um tipo agressivo de tumor de células B, frequentemente associado à translocação do gene *MYC*, que resulta em proliferação celular descontrolada e inibição da apoptose. A translocação t(8;14) (q 24;q32) é uma característica comum, e a infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV) desempenha um papel relevante na forma endêmica da doença, especialmente em regiões da África Subsaariana.

O diagnóstico do linfoma de Burkitt envolve técnicas de imagem, como tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (R-

M) e PET/CT, sendo esta última uma ferramenta eficaz para detectar envolvimento nodal e extranodal. A confirmação diagnóstica é realizada por meio de biópsia e análise imunofenotípica, que tipicamente revela células B de alta proliferação expressando marcadores como CD20, CD10 e BCL6.

O tratamento padrão inclui quimioterapia intensiva de curta duração, frequentemente combinada com rituximabe, essencial para controlar a rápida progressão da doença. Em pacientes HIV-positivos, a terapia antirretroviral, junto com a quimioterapia, é fundamental para melhorar a resposta terapêutica. A terapia intratecal é frequentemente utilizada para prevenir a disseminação para o sistema nervoso central, uma complicação comum e grave desse linfoma. Outras complicações podem incluir a síndrome de lise tumoral, que ocorre devido à rápida destruição das células tumorais, levando a desequilíbrios metabólicos e insuficiência renal aguda. Outros riscos envolvem mielossupressão severa e infecções oportunistas, devido ao estado imunossuprimido causado pela quimioterapia.

O prognóstico da doença é favorável quando o tratamento é iniciado precocemente, com taxas de cura que podem superar 80% em pacientes bem tratados. No entanto, a presença de envolvimento do sistema nervoso central e resistência ao tratamento são fatores que diminuem as chances de sucesso. Além disso, alterações detectadas em exames de PET/CT durante o tratamento podem ser úteis para avaliar a resposta e prever a sobrevida, embora essas técnicas ainda não sejam amplamente aplicadas.

Avanços promissores no tratamento incluem o desenvolvimento de imunoterapias e abordagens personalizadas, como inibidores de checkpoint imunológico e células CAR-T específicas para CD19, oferecendo novas perspectivas para casos resistentes ou recidivantes, com potencial para melhorar significativamente os resultados e reduzir a toxicidade.

CONCLUSÃO

O linfoma de Burkitt é uma neoplasia de crescimento rápido das células B, associada à translocação do gene *MYC* e frequentemente relacionada à infecção pelo vírus Epstein-Barr, especialmente em regiões endêmicas da África Subsaariana. Um diagnóstico rápido e preciso é indispensável para o sucesso do tratamento, envolvendo o uso de exames de imagem avançados, como PET/CT, e a confirmação por biópsia com análise imunofenotípica, e identificando marcadores como CD20, CD10 e BCL6. O tratamento padrão inclui quimioterapia intensiva de curta duração combinada com rituximabe, com resultados favoráveis e taxas de cura que podem ultrapassar 80% em pacientes tratados precocemente. A quimioterapia intratecal é frequentemente necessária para prevenir a disseminação para o sistema nervoso central, uma complicação grave.

Entretanto, complicações como a síndrome de lise tumoral e a imunossupressão, que aumentam o risco de infecções, devem ser monitoradas de perto. O acompanhamento do tratamento com exames como o PET/CT pode ajudar a avaliar a resposta terapêutica, embora seu uso ainda não seja amplamente difundido.

Novas estratégias terapêuticas, como imunoterapias e abordagens personalizadas, incluindo o uso de células CAR-T específicas para CD19, estão abrindo novas possibilidades no tratamento de casos de recidiva ou resistência, com alto potencial para melhorar significativamente os resultados e reduzir a toxicidade. O contínuo desenvolvimento dessas terapias avançadas sinaliza uma evolução promissora no tratamento do linfoma de Burkitt, oferecendo melhores perspectivas para os pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARRILLO-CRUZ, E.; *et al*. An update on Burkitt lymphoma: a review of pathogenesis and multimodality imaging assessment of disease presentation, treatment response, and recurrence. Insights into Imaging, 2022. Disponível em: https://insightsimaging.springeropen.com. Acesso em: 10 out. 2024.

FERRY, J. A.; *et al*. Burkitt lymphoma: clinicopathologic features and differential diagnosis. American Journal of Clinical Pathology, 2018.

SWERDLOW, S. H.; *et al*. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4. ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC), 2016.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). NCCN Guidelines for Non-Hodgkin's Lymphomas. 2023.

AFANAS, N., Carvalho, M., Almeida, M., Costa, V., Silva, I., & Oliva, T. (2022). Burkitt's lymphoma. Acta Médica Portuguesa. Disponível em: https://doi.org/10.20344/amp.513.

SILVA, A. R. (2008). Mutações do gene p53 em linfomas de Burkitt: muito além do gene c-myc. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 30(1), 23–28. DOI: 10.1590/S1516-84842008000100004.

AREGO, F. S., & Rodríguez, C. M. L. (2022). Linfoma de Burkitt. Hospital Docente Clinicoquirúrgico "10 de Octubre", Havana, Cuba.

FERNANDES, P. R., & Silva, J. R. (1985). Comprometimento medular por linfoma tipo Burkitt: relato de um caso. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 43(2), 87–91. DOI: 10.1590/S0004-282X1985000200014.