

Linfoma não Hodgkin

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

CONTEÚDO

1. Importância e epidemiologia
2. Principais tipos na infância
3. Quadro clínico por apresentação
4. Emergências
5. Diagnóstico
6. Tratamento e prognóstico
7. Erros comuns
8. Pontos-chave para a prova
9. Casos clínicos comentados
10. Comparação com as referências
11. Referências selecionadas

1. Importância e epidemiologia

Os linfomas não Hodgkin (LNH) da infância são, em geral, **tumores de alto grau, difusos e muito agressivos** — comportam-se mais como emergências oncológicas do que o Hodgkin. São pouco frequentes abaixo dos 5 anos e mais comuns após os 10, com predomínio no sexo masculino (70%); o Burkitt esporádico predomina em meninos de 5 a 10 anos (SBP, DC nº 166/2024). A imunodeficiência (congenita, HIV, pós-transplante de órgão sólido ou de medula, com risco 30 a 50 vezes maior) aumenta o risco.

2. Principais tipos na infância

TIPO	CARACTERÍSTICAS
Burkitt (células B maduras)	Altíssima taxa de proliferação; massa abdominal (forma endêmica: mandíbula/face, ligada ao EBV); associado a t(8;14)/c-MYC; altíssimo risco de lise tumoral
Linfoblástico (precursor T ou B)	Cerca de 30% dos LNH; massa mediastinal anterior em mais de 95%, muitas vezes com derrame pleural (SBP, 2024); parente próximo da LLA-T
Grandes células B difuso	Adolescentes; nodal/extranodal
Anaplásico de grandes células	Pode ter acometimento cutâneo e sistêmico; ALK

3. Quadro clínico por apresentação

- **Abdominal** (Burkitt): dor/distensão, massa, quadro que simula abdome agudo/invaginação no escolar — crescimento em dias;
- **Mediastinal** (linfoblástico T): tosse, dispneia, ortopneia, síndrome de veia cava superior, derrame pleural;
- **Cabeça e pescoço/anel de Waldeyer**: aumento amigdaliano assimétrico, adenomegalia;
- Pode haver acometimento de **medula e SNC**.

4. Emergências

ATENÇÃO

Pela altíssima taxa de proliferação (sobretudo o **Burkitt**), o LNH cursa com risco elevado de **síndrome de lise tumoral** — espontânea ou ao iniciar o tratamento. Prevenir com hidratação vigorosa sem potássio e **rasburicase ou alopurinol** (rasburicase só depois de afastar deficiência de G6PD; doses no documento *Emergências oncológicas*). A **massa mediastinal** traz risco de obstrução de via aérea/veia cava superior em decúbito e

5. Diagnóstico

- Diagnóstico **preciso e urgente**: biópsia "a céu aberto" sempre que possível; se a criança não tem condição de anestesia geral (massa mediastinal), punção do derrame pleural ou da ascite, ou aspirado/biópsia de medula, com o material enviado a fresco para **imunofenotipagem**, histopatologia e citogenética/molecular (SBP, 2024);
- DHL e ácido úrico (carga tumoral/lise), função renal, eletrólitos;
- Estadiamento por imagem; avaliação de medula e líquido (SNC).

6. Tratamento e prognóstico

Baseado em **quimioterapia sistêmica** intensiva e dirigida ao tipo, com forte profilaxia/manejo de lise tumoral e de SNC. Diferente do Hodgkin, o controle local (cirurgia ou radioterapia) é ineficaz mesmo na doença localizada; usam-se quimioterapia em altas doses, anticorpos monoclonais e imunoterapia, e transplante na recidiva ou refratariedade. Apesar da agressividade, a sobrevida ultrapassa 80% (SBP, 2024). O reconhecimento e o início rápidos são determinantes.

7. Erros comuns

- Tratar uma massa abdominal de rápido crescimento como quadro cirúrgico benigno sem considerar linfoma.
- Não antecipar/prevenir a lise tumoral no Burkitt.
- Sedar paciente com massa mediastinal sem avaliação do risco.
- Confundir linfoma linfoblástico T com simples "infecção respiratória".

- Atrasar a biópsia/encaminhamento numa doença que evolui em dias.

8. Pontos-chave para a prova

- LNH pediátrico = **agressivo, difuso, emergência**; pode ocorrer em crianças menores.
- **Burkitt**: massa abdominal, t(8;14)/c-MYC, **altíssimo risco de lise tumoral**.
- **Linfoblástico T**: massa mediastinal (parente da LLA-T).
- Prevenir lise tumoral: **hidratação + rasburicase/alopurinol**.
- Diagnóstico por **biópsia/imunofenotipagem**; tratamento = quimioterapia (radioterapia tem papel menor).
- Imunodeficiência aumenta o risco.

9. Casos clínicos comentados

CASO 1

Menino de 7 anos com dor e distensão abdominal de rápida progressão (poucos dias), massa abdominal palpável e vômitos. Exames com DHL e ácido úrico muito elevados. A biópsia revela linfoma de Burkitt.

1. Qual a complicação metabólica de maior risco neste paciente?

- ☐ A) Hipotireoidismo
- ☐ B) Síndrome de lise tumoral
- ☐ C) Cetoacidose diabética
- ☐ D) Hipercalemia da imobilização
- ☐ E) Insuficiência adrenal

Gabarito: B) O Burkitt tem altíssima taxa de proliferação e enorme carga tumoral — o maior risco é a síndrome de lise tumoral (hiperuricemia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, lesão renal), espontânea ou ao iniciar a quimioterapia.

2. A medida preventiva mais adequada antes/durante o início do tratamento é:

- ☐ **A)** Hidratação vigorosa e rasburicase (ou alopurinol), com monitorização metabólica
- ☐ **B)** Restrição hídrica
- ☐ **C)** Reposição rotineira de potássio
- ☐ **D)** Reposição rotineira de fósforo
- ☐ **E)** Apenas analgésico e alta

Gabarito: A) Previne-se a lise tumoral com hidratação vigorosa e rasburicase ou alopurinol, vigiando eletrólitos e função renal. Repor potássio/fósforo seria perigoso (já tendem a subir).

3. A alteração citogenética classicamente associada ao Burkitt é:

- ☐ A) t(15;17) PML-RARA
- ☐ B) t(9;22) BCR-ABL
- ☐ C) t(8;14) com rearranjo de c-MYC
- ☐ D) Trissomia do 21
- ☐ E) Deleção 22q11

Gabarito: C) O linfoma de Burkitt associa-se à t(8;14) com desregulação do oncogene c-MYC, responsável pela altíssima taxa proliferativa.

CASO 2

Adolescente com tosse, dispneia que piora ao deitar e edema de face e pescoço, surgidos em poucos dias. TC mostra volumosa massa mediastinal anterior. A biópsia indica linfoma linfoblástico de células T.

1. A síndrome clínica decorrente da massa é:

- ☐ A) Síndrome nefrótica
- ☐ B) Síndrome de veia cava superior
- ☐ C) Síndrome de Cushing
- ☐ D) Síndrome de Horner isolada
- ☐ E) Síndrome hemolítico-urêmica

Gabarito: B) A compressão da veia cava superior pela massa mediastinal causa edema/plethora de face e pescoço, dispneia e ortopneia — a síndrome de veia cava superior.

2. Esse linfoma é "parente próximo" de qual leucemia?

- ☐ A) LMA promielocítica
- ☐ B) Leucemia mieloide crônica
- ☐ C) LLA de células T
- ☐ D) Leucemia de células pilosas
- ☐ E) Nenhuma

Gabarito: C) O linfoma linfoblástico T e a LLA-T compartilham a célula de origem; a distinção prática baseia-se sobretudo no grau de acometimento medular.

3. Antes de qualquer sedação para procedimentos, é fundamental:

- ☐ **A)** Avaliar o risco da massa mediastinal (colapso de via aérea/grandes vasos em decúbito e sob sedação)
- ☐ **B)** Nada de especial
- ☐ **C)** Apenas prescrever antiemético
- ☐ **D)** Restringir líquidos rigorosamente
- ☐ **E)** Indicar radioterapia imediata sem diagnóstico

Gabarito: A) A massa mediastinal anterior pode causar colapso de via aérea e compressão de grandes vasos sob sedação/decúbito — avaliar o risco e planejar a abordagem com a equipe é essencial.

10. Comparação com as referências

Versões conferidas em outubro de 2026. Regra do site: a conduta segue a SBP; na falta dela, o Ministério da Saúde; na falta de ambos, a melhor referência, indicada no texto.

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE
Versão consultada	DC nº 166, 02/09/2024 (Linfomas)	Protocolo de diagnóstico precoce, 2017	Sem posição específica localizada	NG12, 1.10.7 (2015; atualizada em 15/04/2026)
Apresentação	Burkitt: abdome (íleo terminal, intussuscepção);	Adenomegalia suspeita; linfadenomegalia	Sem posição	Linfadenopatia ou

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE
	linfoblástico: mediastino em > 95%; grandes células: adolescentes	com dispneia = emergência	específica localizada	esplenomegalia inexplicadas
Encaminhamento	Diagnóstico preciso e urgente; centro de referência	Em poucas horas se houver dispneia ou massa mediastinal	Sem posição específica localizada	Muito urgente (<i>very urgent</i>)
Diagnóstico	Céu aberto; sem anestesia, derrame, ascite ou medula; DHL, ácido úrico, K, P, Ca, líquido	Céu aberto, PAAF, derrame ou mielograma	Sem posição específica localizada	—
Tratamento e prognóstico	Sistêmico; controle local ineficaz; > 80% de sobrevida	—	Sem posição específica localizada	—

Leitura: as referências convergem: o LNH da criança é de **alto grau**, cresce em dias e exige **diagnóstico urgente**; dispneia com linfonodo ou massa mediastinal é **emergência** (MS, AEPap); a biópsia deve ser planejada pelo centro, pelo risco anestésico da massa mediastinal (SBP 2024). A SBP e o MS não trazem doses para a lise tumoral; o site usa as do documento *Emergências oncológicas* (Coiffier 2008 e bula brasileira). A diferença está só no prazo: NICE e AEPap o fixam em horas; **o site segue a SBP** — diagnóstico urgente no centro de referência — e marca  a massa mediastinal com sintomas, a massa abdominal de crescimento rápido e os sinais de lise tumoral.

PONTOS PRÁTICOS

1. Massa abdominal que cresce em dias, "invaginação" no escolar ou ascite inexplicada:
● hospital imediato.
2. Tosse, ortopneia, edema de face ou derrame pleural com linfonodo: radiografia de tórax e ●, sentada, sem sedar.
3. Linfonodo com sinais de alerta (supraclavicular, > 2 cm, duro, crescente): encaminhe com urgência para biópsia no centro.
4. Oligúria, vômitos ou fraqueza em criança com linfoma: pense em lise tumoral (potássio, fósforo, cálcio, ácido úrico, creatinina).
5. Sem corticoide antes do diagnóstico.

11. Referências selecionadas

- SBP, Departamento Científico de Oncologia. Linfomas (Documento Científico nº 166), 02/09/2024. [PDF](#)
- SBP, Departamento Científico de Oncologia. Linfonodomegalia periférica na criança e no adolescente: quando pensar em câncer (Documento Científico nº 3), julho de 2019. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (com INCA e SOBOPE). Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico, 2017. [PDF](#)
- NICE. Suspected cancer: recognition and referral (NG12), publicada em 23/06/2015, atualizada em 15/04/2026. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEPap e SEHOP (Barrios M, Acha T). Guía de detección temprana — cáncer en niños y adolescentes, 2015 (adaptação da NICE CG27). guiadeteccioncancerinfantil.aepap.org
- Dana-Farber/Boston Children's (Harvard). Non-Hodgkin lymphoma. childrenshospital.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Condutas e doses devem seguir o protocolo do serviço de oncologia pediátrica.

[↑ Voltar ao topo](#)