



## MANEJO CLÍNICO DE GATO COM LINFOMA INTESTINAL DE PEQUENAS CÉLULAS E MÚLTIPLAS COMORBIDADES

Camila Mitsu de Carvalho Sonoda<sup>1</sup>, Gustavo Molitor Rolim<sup>2</sup>, Fernando Vieira de Araújo<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Discente no Curso de Medicina Veterinária – Instituto Federal do Sul de Minas - IFSulMinas – Muzambinho/MG – Brasil – \*12202001450@muz.ifsulde Minas.edu.br

<sup>2</sup>Médico Veterinário na Clínica AnimalPet – Itapetininga/SP – Brasil

### INTRODUÇÃO

O presente relato de caso descreve a evolução clínica de um paciente felino com múltiplas comorbidades, incluindo nefropatia bilateral, hepatopatia congestiva e pancreatopatia. Inicialmente, o paciente foi avaliado em uma consulta de rotina, onde foram identificadas alterações em exames de imagem, embora os hemogramas e perfis renal e hepático estivessem dentro dos parâmetros normais. Com o desenvolvimento de novos sinais clínicos, como vômitos recorrentes e emagrecimento, foi necessário um manejo mais intensivo, incluindo internação e um regime terapêutico que envolvia a administração de medicamentos como dexametasona, omeprazol e Ursacol.

Após uma investigação diagnóstica aprofundada, foi confirmado o diagnóstico de linfoma intestinal de baixo grau. O linfoma é uma das neoplasias hematopoiéticas mais comuns em gatos, sendo a forma alimentar a segunda mais frequente no trato gastrointestinal. Essa condição pode afetar órgãos como fígado, baço e pâncreas, especialmente em felinos idosos ou com retrovíroses. Os sintomas variam conforme a localização da lesão e a saúde geral do animal<sup>5</sup>.

O tratamento tem como objetivo melhorar a qualidade de vida e prolongar a sobrevida do paciente, o que torna o diagnóstico precoce fundamental. Isso é alcançado por meio de exames hematológicos, bioquímicos, de imagem e biópsias. A monitorização regular de gatos em grupos de risco é essencial para a detecção precoce da doença<sup>5</sup>.

Neste caso, instituiu-se um tratamento quimioterápico com clorambucil. Este relato destaca não apenas as complexidades do manejo de um paciente com patologias concomitantes, mas também a importância da monitorização contínua e da adaptação do tratamento conforme a evolução clínica do animal. O acompanhamento periódico e as intervenções terapêuticas realizadas resultaram em uma melhoria significativa no estado geral do paciente, culminando em sua alta sem sinais clínicos de recidiva.

### RELATO DE CASO E DISCUSSÃO

No dia 13 de dezembro de 2023, o paciente foi submetido a uma consulta de rotina, apresentando peso de 3,5 kg. Os exames de hemograma, perfil renal e hepático não revelaram alterações dignas de nota; no entanto, as imagens ultrassonográficas dos rins indicaram a presença de nefropatia bilateral (Fig. 1)<sup>7</sup>, hepatopatia congestiva (Fig. 2)<sup>7</sup> e lama biliar (Fig. 3)<sup>7</sup>, incomum para a espécie, decorrente de função hipomotora biliar associada à senilidade<sup>3</sup>. Além disso, foi observada pancreatopatia com formações nodulares no parênquima (Fig. 4)<sup>7</sup>, sendo que a proprietária havia relatado um episódio anterior de pancreatite, já tratado há anos, sem a ocorrência de sinais clínicos desde então. Em razão desse quadro, foi iniciada a terapia com Ursacol<sup>5</sup> (10 mg/kg SID VO).

Em 1º de março de 2024, o paciente retornou à clínica com queixas de vômitos recorrentes e emagrecimento progressivo, apresentando peso de 3,3 kg. Diante da gravidade da situação, o paciente foi encaminhado para internação para a realização de exames complementares, sendo estabelecido um protocolo de tratamento com dexametasona (0,125 mg/gato), fluidoterapia com Ringer lactato e solução B, Ursacol (50 mg, ½ comprimido VO SID) e omeprazol (0,5 mg IV SID). Os resultados dos exames realizados durante a internação não apresentaram alterações significativas. Após três dias, os vômitos cessaram, mas o paciente começou a defecar fezes mais amolecidas, com presença de sangue. A administração do Ursacol foi interrompida, pois este poderia ser um possível efeito adverso; dois dias após a interrupção, a condição das fezes normalizou. Realizou-se um eletrocardiograma, que não apresentou alterações dignas de nota, para avaliação de uma possível endoscopia, mas, devido à melhora dos sinais clínicos, a tutora optou por aguardar a realização do exame. No dia 5 de março de 2024, foi prescrita prednisolona (0,5 mg/kg SID) por um período de 10 dias<sup>5</sup>.

No retorno em 13 de março de 2024, o paciente, com peso de 3,2 kg, apresentava-se bem, com a tutora relatando que ele estava se alimentando

e bebendo água normalmente, sem a ocorrência de vômitos ou diarreias. O paciente ficou sob observação a pedido do proprietário, e a tutora autorizou a realização da biópsia por endoscopia. Considerando o quadro clínico do paciente, que apresenta múltiplas comorbidades, essa técnica foi escolhida por ser menos invasiva e proporcionar uma recuperação mais rápida, o que é especialmente importante em pacientes debilitados. O exame foi realizado com a coleta de material, resultando no diagnóstico de gastrite erosiva linfoplasmocítica moderada, com traços hemorrágicos, edema e fibrose intersticial discreta, além de duodenite erosiva linfocítica moderada, difusa, com traços de edema e focos de epiteliotropismo linfocítico (Fig. 5)<sup>2</sup>. Foi recomendado um painel imunistoquímico para diferenciação entre linfoma de pequenas células (indolente) e doença inflamatória intestinal<sup>2</sup>. Após alguns dias, o resultado do painel imunistoquímico favoreceu o diagnóstico de linfoma intestinal de baixo grau (pequenas células), uma neoplasia maligna hematopoiética de imunofenótipo T<sup>6,8</sup>.

Em 1º de abril de 2024, o paciente apresentava peso de 2,9 kg, e foi solicitado o tratamento quimioterápico com clorambucil (4,6 mg) para um regime de seis meses, com administração de uma dose a cada duas semanas<sup>1,4</sup>. Foram dadas orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), além de monitoramento de fezes, urina, possíveis vômitos e alimentação, e a dieta foi alterada para ração gastrointestinal. Durante o tratamento, o paciente manteve-se estável, sem vômitos e com diarreias esporádicas (sem presença de sangue), apresentando ganho de peso, alcançando 3,8 kg em 8 de junho. Em 30 de julho, o paciente retornou para coleta de exames complementares, com hemograma e perfil renal e hepático sem alterações dignas de nota. Nova endoscopia foi realizada para coleta de material em 13 de agosto, resultando novamente em gastrite erosiva linfoplasmocítica moderada e duodenite erosiva linfocítica moderada, com traços de edema e focos hemorrágicos. O paciente recebeu a última dose da quimioterapia e foi liberado do tratamento. No último retorno, em 20 de setembro de 2024, não foram observados sinais clínicos de recidiva, e o paciente apresentava peso de 3,9 kg, com escore corporal adequado.

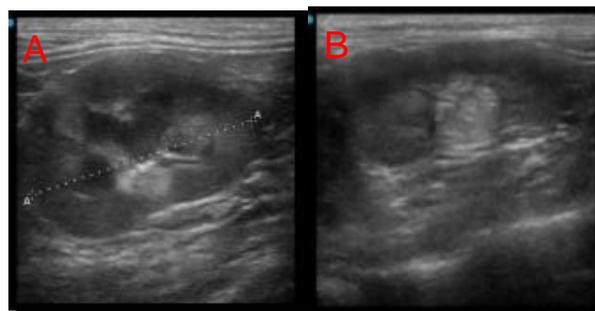


Figura 1: Ultrassonografia renal.

A) Rim esquerdo e B) Rim direito (Fonte: Arquivo Pessoal).

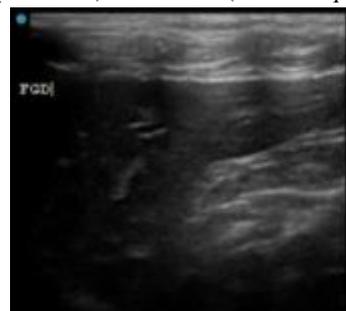
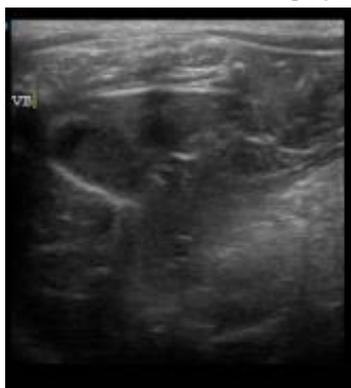
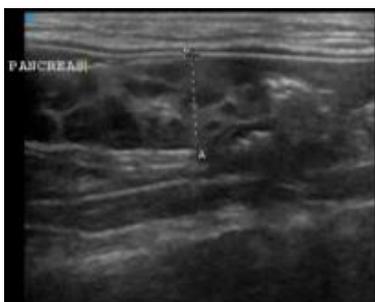


Figura 2: Ultrassonografia hepática (Fonte: Arquivo Pessoal).



**Figura 3:** Ultrassonografia da vesícula biliar com presença de lama biliar (Fonte: Arquivo Pessoal).



**Figura 4:** Ultrassonografia pancreática (Fonte: Arquivo Pessoal).



**Figura 5:** Presença de massa em endoscopia duodenal (Fonte: Arquivo Pessoal).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este relato de caso ilustra a complexidade do manejo de um paciente felino com múltiplas condições de saúde, como nefropatia, hepatopatia e linfoma intestinal. As principais considerações incluem a importância da monitorização contínua e da adaptação do tratamento, conforme a evolução clínica. Para otimizar o manejo de casos semelhantes, recomenda-se um protocolo de acompanhamento regular, integrando avaliações laboratoriais e de imagem, além de uma abordagem multidisciplinar. Futuras pesquisas poderiam explorar a eficácia de tratamentos alternativos e a relação entre doenças concomitantes em felinos, visando aprimorar protocolos terapêuticos e minimizar efeitos adversos. Além disso, estudos sobre a genética do linfoma em felinos poderiam oferecer insights valiosos para a prevenção e tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BADO, Aline Semeler. Linfoma alimentar em gatos. 2011.
- 2- BARRIGA, Viviana Molero. **Avaliação citológica, histológica e imunoistoquímica do linfoma alimentar em felinos domésticos.** 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

3- NELSON, Richard W.; COUTO, C. Guillermo. **Medicina Interna de Pequenos Animais.** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

4- NOGUEIRA, Marina Moller; MELO, Marília Martins. Linfoma alimentar linfocítico felino-Uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal: RBHSA**, v. 14, n. 3, p. 1-15, 2020.

5- ORTIZ, Bruna Cenci et al. Linfoma alimentar linfocítico em um felino: terapia com lomustina e prednisona-relato de caso. **Pubvet**, v. 13, p. 127, 2019.

6- TOMÉ, Tânia Lee da Silva. **Linfoma em felinos domésticos.** 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Medicina Veterinária.

7- TRHALL, Donald E.. **Diagnóstico de Radiologia Veterinária.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

8- ULIANA, Luciana Moreira do Amaral. Linfoma alimentar em felinos: revisão de literatura. 2021.

APOIO:

