

computadorizada e ressonância magnética para o diagnóstico adequado, cujas informações são úteis para decidir a maneira mais eficaz do tratamento. Uma vez que o processo terapêutico deverá, sempre que possível, ser individualizado. Portanto, deve-se atentar ao subtipo uma vez que o paciente fica exposto aos efeitos colaterais do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.391>

390

LINFOMA ÓSSEO PRIMÁRIO: RELATO DE CASO

H.C. Fonseca, A.C.C. Souza, M.C. Almeida, G.D. Cavalcanti, J.A.S. Filho, A.F.C. Júnior

Hospital Central Coronel Pedro Germano, Natal, RN, Brasil

Introdução: Os linfomas constituem um grupo heterogêneo de doenças linfoproliferativas, cujo cerne fisiopatológico é uma célula neoplásica que sofre expansão clonal, formando então o tumor, o qual infiltra as estruturas linfoides e por conseguinte migra para tecidos extranodais. Tais entidades nosológicas dividem-se em linfoma de Hodgkin (LH) e não-Hodgkin (LNH), sendo o linfoma ósseo um subtipo raro do LNH, no qual o osso é o sítio primário do tumor - em contraponto ao acometimento nodal clássico. Apresenta-se como lesões ósseas destrutivas, solitárias ou múltiplas, e representa menos de 2% de todos os linfomas em adultos. **Objetivo:** Este trabalho objetiva relatar um caso de linfoma ósseo primário, sob a forma de lombalgia incapacitante, trazendo à tona a discussão sobre o seu diagnóstico e terapêutica. **Relato de caso:** Mulher, 57 anos, relata dor lombar há 1 ano, moderada, diária, progressiva, contínua, com melhora parcial após uso de opioide fraco. Há 06 meses, refere piora do quadro algico, evoluindo para lombociatalgia de forte intensidade, que persiste até a admissão. Ao exame físico: hipocorada, força grau III em membro inferior direito e grau II em esquerdo. Trouxe exames: hemoglobina = 9.5; volume corpuscular médio= 93.8; leucócitos= 12.200. Para investigação, realizado mielograma, o qual revelou predomínio linfocitário compatível com linfoma não-Hodgkin. A tomografia computadorizada de abdômen evidenciou lesões líticas em gradil costal, quadril e fêmures, notando-se fratura em colo femoral esquerdo, com desalinhamento cranial. Constatou-se a ausência de linfonodomegalias, firmando então o diagnóstico de linfoma ósseo primário. Paciente evoluiu estável, sendo instituída quimioterapia, composta por ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (esquema CHOP). Prescrito sulfametoxazol + trimetropim 1,6 g/dia + 320 mg/dia como profilaxia para pneumocistose. **Conclusão:** O linfoma ósseo primário é uma doença rara e ainda carece de evidências científicas robustas a seu respeito. No contexto de dor óssea, outros possíveis diagnósticos mais comuns são elencados previamente, a exemplo das doenças inflamatórias, sobrecarga mecânica, acometimento neoplásico secundário e, por fim, doença neoplásica primária. Entretanto, ressalta-se a necessidade e a importância de reconhecer essa patologia, pois apesar de os dados serem limitados, os resultados clínicos são mais

favoráveis em relação aos linfomas não ósseos de histologia comparável.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.392>

391

LINFOMA PRIMÁRIO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PACIENTES IMUNOCOMPETENTES: SÉRIE DE CASOS

G. Cattani, A.D. Ferrazza, B.C. Boeira, E.W. Silva, F.M. Aguiar, A.B. Florian, E.D.R. Vial, M.M. Silva, V.P.D. Badzinski, G.R. Bosi

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O linfoma primário de sistema nervoso central (LPSNC) é uma variante incomum de um Linfoma não-Hodgkin (LNH) que pode acometer cérebro, leptomeninges, olhos e medula espinhal sem evidência de doença nodal sistêmica. Representa 4% dos tumores de sistema nervoso central (SNC) e tem como principal fator de risco a imunossupressão. **Objetivo:** Relatar três casos de LPSNC em imunocompetentes. **Relatos de caso:** Caso 1: masculino, 65 anos, iniciou com alucinações visuais, amaurose, parestesias pelo corpo e afasia. Exame de imagem mostrou lesão expansiva em lobo occipital esquerdo. Imunohistoquímica confirmou Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB). Realizou quimioterapia com Metotrexate (MTX) (5 g/m²) e Rituximabe. Após primeiro ciclo evoluiu com perda de função renal, descontinuando tratamento. Foi submetido à radioterapia, com resposta completa, assintomático há 8 meses. Caso 2: masculino, 44 anos, apresentou desequilíbrio, rebaixamento do sensório e nistagmo. Exame de imagem indicou lesões expansivas em fossa posterior com compressão do quarto ventrículo, tronco cerebral e hidrocefalia supratentorial. Histopatologia confirmou LDGCB. Foi submetido à ressecção parcial da lesão, derivação ventricular externa e tratamento com MTX (5 g/m²). Após dois ciclos, evoluiu bem clínica e neurologicamente. Caso 3: feminina, 65 anos, com histórico de lesão granulomatosa biopsiada em SNC há 2 anos, em remissão com corticoterapia. No entanto, iniciou com quadro de cefaleia intensa. Realizou novo histopatológico que confirmou LDGCB. Exame de imagem com lesão infiltrativa fronto-parietal à direita nos giros pré e pós-central, edema e áreas frias compatíveis com neoangiogênese. Iniciou Rituximabe e MTX (5 g/m²), necessitando redução da dose de MTX por conta de neutropenia febril e mucosite grau 4. Teve boa evolução e tolerância, atingindo remissão completa. Todos os casos estão em seguimento, foram submetidos à estadiamento sistêmico sem alterações, e sorologia para HIV, que foi negativa. **Discussão:** O LPSNC afeta principalmente imunossupressos, porém registros sugerem um aumento dos casos em imunocompetentes, especialmente após os 60 anos. Sintomas B são raros, sendo comuns déficits focais, alterações intraoculares, mudanças de personalidade, cefaleia e letargia. Devido à dificuldade de penetração no SNC, as terapias convencionalmente usadas para o tratamento de LNH não são úteis na vigência de doença primária do SNC. Por outro lado, a passagem do MTX para o SNC é dose-dependente, tornando-o



droga de eleição. Há benefício na associação a outros fármacos, como o rituximabe, citarabina ou tiotepa. A radioterapia objetiva consolidação da terapia, tendo em vista a natureza multifocal e a difusão microscópica do LPSNC. Apesar dos tratamentos, a cura não é atingida em boa parte dos pacientes, sendo a sobrevida global média em imunocompetentes de cerca de 2 anos. **Conclusão:** Considerando os efeitos hematológicos e neurotóxicos do MTX, sobretudo na faixa etária avançada, mais acometida pela neoplasia discutida, a terapêutica deve ser pensada considerando a performance status e as comorbidades.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.393>

392

LINFOMA/LEUCEMIA DE CÉLULAS T DO ADULTO EM REMISSÃO COMPLETA TRATADA COM INTERFERON-ALFA E ZIDOVUDINA

J.P.P. Gonçalves, T.M. Sales, B.A.M. Azevedo, A.F. Silva, A.M.C.S. Andrade, C.A.C. Lisboa, E.D.C. Viana, S.S.S. Araújo

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O linfoma/leucemia de células T do adulto é um subtipo de Linfoma não Hodgkin marcado pela associação com infecção pelo vírus HTLV tipo 1 e pela evolução clínica agressiva com prognóstico desfavorável a despeito de poliquimioterapia intensiva. Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de paciente com o diagnóstico acima, tratado com Zidovudina e Interferon. **Relato de caso:** Trata-se do paciente FSL, masculino, 41 anos. Iniciou em Janeiro de 2020 quadro de linfadenomegalias volumosas submandibulares associada a rouquidão e disfagia. Apresentava linfocitose em torno de 45.000, hipercalemia e perda ponderal de 15 kilos em 2 meses. Não apresentava anemia, plaquetopenia, hepatoesplenomegalia, febre ou sudorese noturna. Não foram observadas lesões cutâneas descamativas ou lesões em radiografias de ossos longos. Internado no Hospital das Clínicas da UFMG para propedêutica, realizou sorologia para HTLV tipo I com resultado positivo pelo método Western Blot. A morfologia de sangue periférico mostrava linfocitose atípica com células em padrão flower cell. A imunofenotipagem do sangue periférico descreveu células linfóides T clonais, com perda de expressão de CD3s (superfície) e CD7, além de expressão homogênea de CD4 e CD25. Perfil fenotípico sugestivo do diagnóstico de leucemia/linfoma de células T do adulto. Segundo a classificação de Shimoyama, o paciente foi considerado como forma crônica. Iniciou no dia 13/02/2020 tratamento com Interferon na dose de 9 milhões de unidades por dia e Zidovudina na dose de 1.000 mg por dia. Após cerca de dez dias de tratamento apresentou toxicidade hepática moderada (TGP 4x valor de referência). A dose de AZT foi reduzida para 600 mg com boa tolerância até então. Necessitou de uma dose de ácido zoledrônico para controle de hipercalemia com bom resultado. Após cerca de um mês de tratamento paciente apresentou queda da linfocitose atípica e regressão completa da linfadenomegalia submandibular. Em agosto de 2020, após 6 meses de tratamento, paciente

encontra-se assintomático, sem linfonodomegalias e com linfocitose. **Discussão:** O linfoma/leucemia de células T do adulto é uma neoplasia linfoproliferativa rara de células T maduras CD4+ e CD25+ causada por infecção pelo HTLV tipo 1 e que se apresenta em 4 formas clínicas: smoldering, crônica, linfomatosa e aguda. A forma crônica, apresentada pelo paciente acima relatado, geralmente se apresenta com linfocitose, linfadenomegalia e organomegalia sem elevação de LDH ou envolvimento visceral. Hipercalemia nesses casos é menos comum. É caracterizada por um curso inicial indolente com sobrevida em 5 anos em torno de 50% e progressão para fase aguda em metade dos pacientes. Uma meta-análise demonstrou que a forma crônica, assim como a aguda e smoldering, se beneficia do tratamento de primeira linha com zidovudina e interferon. Este mesmo trabalho evidencia uma sobrevida global de 100% em 5 anos para forma crônica com o tratamento. No entanto, requer tratamento contínuo uma vez que recidiva é sempre observada com a sua interrupção. A redução da dose de AZT geralmente ocorre após 01 mês de tratamento e, apesar da redução precoce por hepatotoxicidade no caso vigente, a resposta completa se mantém. **Conclusão:** Apesar do prognóstico desfavorável associado ao diagnóstico de linfoma/leucemia de células T do adulto, o tratamento com Interferon alfa e zidovudina, quando tolerado, pode trazer bons resultados de sobrevida livre de doença sobretudo na forma crônica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.394>

393

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM (WM) EM PACIENTE JOVEM: RELATO DE CASO

W.F. Silva^a, I.C. Scharff^a, R.B. Carneiro^b, E.V.S. Oliveira^b, A.E. Gauze^b, P.H.B. Barros^b, L.H. Magalhaes^b, T.X. Paula^b, A.N. Oliveira^a, M.G. Mileo^a

^a Hospital Regional de Cacoal, Cacoal, RO, Brasil

^b Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, RO, Brasil

Introdução: A Macroglobulinemia de Waldenström (WM), ou Linfoma não-Hodgkin (LNH) Linfoplasmacítico, é uma desordem maligna linfoplasmocitária rara identificada pela produção monoclonal da macroglobulina IgM. As manifestações clínicas são características da síndrome de hiperviscosidade, sendo prevalente em pacientes idosos. **Objetivo:** Relatar um caso de Macroglobulinemia de Waldenström em paciente jovem no interior de Rondônia, Brasil. **Relato de caso:** Paciente masculino, meia idade, 52 anos, após uma queda da própria altura, evoluiu com dores em arcos costais. Exame inicial abdominal negativo em ultrassonografia. Tomografia de tórax evidenciou massas e nódulos com densidade de partes moles e contornos espiculados situados em ambos os pulmões, com massa mediastinal com componente infiltrativo, maior medindo 9,9 x 8,8 cm, sendo interrogado implantes tumorais. Linfonodomegalias mediastinais, medindo até 2,1 x 1,4 cm. Em tomografia de abdome sem linfonodomegalia. Foi submetido a biópsia pleuropulmonar que resultou em neoplasia pouco diferenciada