

acompanhamento desse prognóstico, visando tempo hábil e um suporte adequado multidisciplinar diante de sua sobrevivida reduzida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.408>

407

#### RELATO DE CASO: TUBERCULOSE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RECIDIVA DE LINFOMA

C.D. Donadel, C.M.L.B. Monteiro, D.C. Stocco, J.P.L. Silva, M.D. Donadel, P.O.C. Terra, R.M.S. Soares, V. Tomazini, D.V. Clé, L.F.B. Catto

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

**Introdução:** As doenças linfoproliferativas crônicas em geral cursam com linfadenomegalia e sintomas B, fazendo diagnóstico diferencial com outras neoplasias, doenças inflamatórias e infecciosas. As diretrizes internacionais atuais recomendam a biópsia excisional do tecido suspeito como método padrão ouro para o diagnóstico dos linfomas. Esse exame permite a avaliação histopatológica e imunohistoquímica, dando um alto nível de especificidade ao diagnóstico. A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) é útil para estadiamento, avaliação de resposta ao tratamento e escolha do melhor sítio para biópsia de uma suspeita de recidiva.

**Relato de caso:** Homem, 40 anos, com diagnóstico de Linfoma não Hodgkin Primário de Mediastino, estadiamento IV, com massa mediastinal de 13,5 cm x 13,5 cm x 10 cm em íntimo contato com estruturas vasculares, traqueia e pericárdio. Realizou VI R-DAEPOCH com estadiamento em final de tratamento com PET-CT sugestivo de progressão de doença em L4 e L5. Realizou novo tratamento quimioterápico com IV ciclos de metotrexate, ifosfamida e MADIT seguido de radioterapia local. Novo PET-CT sugestivo de doença em atividade pulmonar e óssea, sendo iniciado terceira linha de tratamento com CODOX-M-IVAC, interrompido após I ciclo por mucosite grau 3. Optado por tratamento paliativo em ambulatório de dor. Encaminhado ao nosso serviço com queixa de dor refratária a opióides e em busca de nova linha de tratamento. Referia perda ponderal de 12kg e dispneia aos esforços. Solicitado revisão de biópsia do diagnóstico, novas tomografias e nova biópsia para confirmação de recaída. A revisão de biópsia da lesão mediastinal inicial evidenciou neoplasia linfóide de padrão difuso, constituída por células de tamanho intermediário, com núcleos ovalados, contendo cromatina fina, sem nucléolos evidentes, e citoplasmas eosinofílicos ou pálidos. O estudo imuno-histoquímico evidenciou positividade das células neoplásicas para CD19, CD20, CD23, BCL-2, BCL-6, MUM-1, c-Myc e negatividade para CD5, CD10, CD30, CD34, TdT, ciclina D1 e SOX-11 com Ki-67 de aproximadamente 25%, compatível com a hipótese diagnóstica inicial. Os achados tomográficos foram sugestivos de espondilodiscite infecciosa nos níveis L3-L4 e L5-S1, associado a abscessos nos ilíopsoas, além de opacidades pulmonares sugestivas de processo infeccioso granulomatoso em atividade e massa em mediastino anterior compatível com tumor residual. Diante disso,

paciente foi submetido a teste rápido molecular para tuberculose (TB-TRM) de escarro e coleção de ilíopsoas com resultado positivo. A biópsia da lesão em coluna lombar não evidenciou sinais de malignidade; contudo, demonstrou TB-TRM positivo, baciloscopia e cultura para tuberculose positivas. Confirmado diagnóstico de tuberculose e iniciado tratamento segundo esquema RIPE. Paciente evoluiu com melhora da dor e do estado geral, atualmente em seguimento ambulatorial com hematologia e infectologia. **Discussão:** A recaída de neoplasias linfóides é situação frequente na Hematologia e deve ser conduzida de maneira metódica. O PET-CT é muito útil para avaliação de resposta, porém não consegue diferenciar processos inflamatórios/infecciosos de neoplasia em atividade. Portanto, conforme demonstrado no caso acima, não se deve assumir que uma lesão captante ao PET-CT seja de origem neoplásica ou que seja do mesmo tipo histológico que a lesão inicial, fazendo-se sempre necessária a biópsia para confirmação de recidiva antes de qualquer conduta terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.409>

408

#### SÍNDROME STROKE-SÍMILE SECUNDÁRIA À INFUSÃO DE METOTREXATO INTRATECAL EM PACIENTE PORTADOR DE LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: RELATO DE CASO

G.G.M. Lima<sup>a</sup>, G.C. Barreto<sup>a</sup>, R.C.B. Melo<sup>a,b</sup>, L.L. Perruso<sup>a</sup>, L.A.C. Lage<sup>a,b</sup>, J. Pereira<sup>a,b</sup>, V.G. Rocha<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

**Objetivo:** Relatar caso de paciente portador de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LDGCB) que apresentou quadro agudo de afasia transitória associada a leucoencefalopatia após terapia intratecal com metotrexato (MTX), e realizar revisão de literatura acerca do tema. **Métodos:** Foi realizada busca ativa em prontuário eletrônico para aquisição de dados necessários ao relato. **Relato:** Homem de 33 anos, em seguimento no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), com diagnóstico de LDGCB, subtipo centro germinativo desde Março de 2020, estadiamento IVXB de Ann Arbor/Costwolds (IV: acometimento hepático), R-IP1 ruim (3 pontos) e CNS-IP1 de risco intermediário, com programação de realização de terapia de primeira linha com esquema R-CHOP em 6 ciclos e profilaxia de acometimento de sistema nervoso central com MTX intratecal na dose de 12 mg nos quatro primeiros ciclos. Paciente deu entrada no pronto socorro do serviço no D18 do quarto ciclo de R-CHOP e 12 dias após a quarta infusão intratecal de MTX com quadro agudo de afasia e incoordenação motora, sendo aventada a hipótese de acidente vascular encefálico ou progressão da doença de base para sistema nervoso central. Paciente