

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^a, G.C. Barreto^a, R.C.B. Melo^{a,b}, L.L. Perruso^a, L.A.C. Lage^{a,b}, J. Pereira^{a,b}, V.G. Rocha^{a,b}

^a Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^b 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, estadiado 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

encontrava-se com sinais vitais e exames laboratoriais dentro da normalidade. Realizada então tomografia (TC) e angio-TC de crânio, que se mostraram sem alterações. Investigação complementar com ressonância magnética de crânio evidenciou zonas com restrição à difusão na substância branca subcortical do giro pré-central direito e dos giros frontais superior e médio esquerdos, ambos com extensão para a substância branca profunda dos centros semiovais e coroa radiada à direita, sem expressão na sequência FLAIR/T2 e sem realce pelo gadolínio. O conjunto dos achados permitia considerar no diagnóstico diferencial a possibilidade de etiologia tóxico-metabólica, especialmente relacionada ao uso do MTX intratecal. O paciente em questão evoluiu com regressão parcial dos sintomas em menos de 24 horas, com total resolução dos mesmos em 72 horas, recebendo alta para seguimento clínico ambulatorial. Conforme programação anterior, paciente realizou PET-CT para reavaliação após o quarto ciclo de R-CHOP, que demonstrou resposta metabólica completa, preenchendo escore de 3 pela escala de Deauville, além de nova ressonância magnética que mostrou regressão parcial de imagem visualizada anteriormente. Paciente finalizou os 6 ciclos programados de quimioterapia, não apresentando desde então nenhum novo sintoma neurológico, no momento em aguardo de novo PET-CT para confirmar achados prévios e iniciar seguimento clínico-laboratorial. **Discussão e conclusão:** O MTX é uma droga sabidamente associada a efeitos tóxicos no sistema nervoso central e ao desenvolvimento de leucoencefalopatia após sua administração, com incidência de aproximadamente 0,8-4,5%. No entanto, esse achado é muito mais frequente com uso de altas doses da droga, geralmente após administração intravenosa, sendo raros os relatos de casos envolvendo esse efeito colateral após seu uso intratecal. Portanto, se faz relevante este relato de caso para que possamos aventar outros diagnósticos diferenciais que não a progressão da doença neoplásica de base em paciente que requeira a administração de MTX intratecal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.410>

409

TRANSFORMAÇÃO PARA LINFOMA DE GRANDES CÉLULAS EM SÍNDROME DE SÉZARY PÓS LONGO TEMPO DE EVOLUÇÃO: RELATO DE CASO

D. Escórcio-Tavares^a, R.F.P. Mendes^a, F.S.B. Ferreira^a, C.C. Sartório^b, S.D.P.A.F. Samapio^b, M.H.S. Durães^b, F.D. Xavier^{a,b}

^a Hospital Sírio-Libanês, Brasília, DF, Brasil

^b Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil



e PET-TC sem acometimento nodal, sendo optado por conduta expectante. Em nossa primeira avaliação, observado eritrodermia difusa e presença de linfonodomegalias de até 2 cm em cadeias axilares, cervicais e inguinais bilateralmente, além de linfonodomegalia supraclavicular direita com cerca de 1cm. Hemograma: Hb 14g/dL; Leucócitos 39.700/mm³; segmentados 2.770/mm³; eosinófilos 6.352/mm³; linfócitos 30.172/mm³; plaquetas 181.000/mm³. Sorologias negativas para HIV, HTLV e hepatites B e C. DHL 759U/L (VR 120-246) e beta-2 microglobulina 2,85 mcg/mL (VR 1,09-2,53). Novo PET-CT evidenciou linfonodos cervicais bilaterais acometendo todos os níveis, medindo até 1,6 x 1,2 cm (SUV= 8,0), axilares bilaterais, medindo até 3,7 x 1,8 cm (SUV= 7,8) e inguinais bilaterais, medindo até 3,5 x 1,8 cm (SUV = 7,2). Imunofenotipagem de sangue periférico revelou contagem absoluta de 28.614/mm³ linfócitos T monoclonais (97,78%) com expressão de CD2, CD3, CD5, CD25, CD45(forte), CD45RO, CD197, TRBCa/b e TCRVβ 2 (TRBV201) clonal, sem expressão de CD7, CD26 e HLA-DR. Biópsia de linfonodo inguinal direito revelou infiltração por linfócitos com núcleo de tamanho médio a grande, alguns vesiculosos e com nucléolo evidente, dispostos em arranjo difuso, consistente com linfoma de alto grau, positivos para CD3, CD30 (5%), CD2, CD4, PD1 e GATA-3; com Ki-67 70% e EBV negativo. A pesquisa de clonalidade T por eletroforese capilar demonstrou o mesmo clone (fragmento de 176pb e 246pb) na análise de sangue periférico e de biópsia do linfonodo. **Discussão:** Transformação para linfoma de grandes células em micose fungoide (MF) e síndrome de Sézary (SS) pode acontecer em até 10-25% dos casos conforme estágio na apresentação e é um fator de prognóstico reservado, como neste caso, bem como o aumento de DHL e B2-microglobulina. A mediana de tempo para transformação varia na literatura de 1 a 6,5 anos e a mediana de sobrevida global é 19 meses. Foi proposto tratamento com brentuximab vedotin, ciclofosfamida, doxorubicina e prednisona seguido de avaliação para transplante alogênico de medula. Não foi possível a realização de fotoaférese extracorpórea. **Conclusão:** Apesar da transformação para linfoma de grandes células ocorrer em até 25% dos pacientes na evolução da MF/SS, é raro encontrá-la no paciente ainda não tratado. Este caso demonstra a história natural da doença. Deve-se suspeitar de transformação frente ao surgimento de linfonodos com elevada captação no 18F-FDG PET-TC, a qual deve ser confirmada com biópsia e se possível com pesquisa de clonalidade T. A transformação impacta no prognóstico e na escolha do tratamento. **Potencial conflito de interesse:** A autora n° 4 atua como speaker para a Takeda - indústria farmacêutica. O presente trabalho não foi financiado pela indústria. Os demais membros do trabalho não tem conflito de interesses a declarar.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.411>

Objetivo: Descrever caso de micose fungoide/síndrome de Sézary, *naive* de tratamento, com transformação para linfoma de grandes células em linfonodo após longa evolução. **Materiais e métodos (relato de caso):** Masculino, 67 anos, com quadro de eritema e prurido cutâneo difuso há quase 10 anos e piora nos últimos 2 anos. Realizou investigação inicial em outro serviço, com biópsia de pele mostrando infiltrado linfocitário e epidermotropismo, sugestiva de micose fungoide,