

LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS ASSOCIADO A IMPLANTE MAMÁRIO

MHS Durães^a, CC Sartório^a, FSB Ferreira^b,
D Escorcio^b, RFP Mendes^b, LKA Rocha^b,
FD Xavier^{a,b}

^a Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Sírio Libanês, Brasília, DF, Brasil

Introdução: O Linfoma Anaplásico de Grandes Células Associado a Implante Mamário (em inglês BIA-ALCL) é uma um linfoma T raro recentemente descrito pela Organização Mundial de Saúde. Até janeiro de 2020, um total de 733 casos foram descritos no mundo. Existem algumas limitações na definição epidemiológica desta patologia, como a falta de dados da prevalência de mulheres com implante mamário, o tipo de implante utilizado, a avaliação do total de eventos adversos associado a implante mamário – tais limitações dificultam estimar a incidência e risco de desenvolver esta patologia. Até o momento, praticamente todos os casos descritos estão associados a implantes texturizados, com sintomas que se desenvolvem de 5 a 22 anos após o implante. O diagnóstico é baseado em história clínica com efusão, massa, aumento de volume, dor, rash ou úlcera cutânea em mama após mais de 1 ano do implante e deve ser confirmado com citologia e imunofenotipagem por citometria de fluxo do seroma e/ou imuno-histoquímica. **Exposição do caso:** Paciente com prótese mamária com diagnóstico de BIA-ALCL. Paciente do sexo feminino, 60 anos, realizou implante mamário adicional em 2012, com troca de implante por prótese mamária texturizada em 2016. Dois anos após a troca, notou aumento da mama esquerda, sem outros sintomas associados. Realizou mamografia com alteração classificada como BI-RADS 6, com evidência de coleção peri-implante. Realizou PET-CT em que foi observado metabolismo periférico (SUV 1,9) na coleção líquida encapsulada envolvendo toda a prótese mamária esquerda, sem outros pontos de captação. Foi submetida a punção por agulha fina do seroma com evidência de alta celularidade com linfócitos atípicos, exame imuno-histoquímico evidenciou grandes células atípicas positivas para CD2, CD4, CD30, CD43, TIA-1, e negativo para CD3, CD5, CD7, CD20, PAX-5, ALK, compatível com o diagnóstico de BIA-ALCL. A paciente foi submetida a exérese das próteses com capsulectomia bilateralmente, sem necessidade de tratamento sistêmico, e mantém sem recidiva do linfoma após 1 ano de seguimento. **Discussão/Conclusão:** O BIA-ALCL é um linfoma não-Hodgkin de células T raro, que acomete mulheres com uso de prótese mamária com uma mediana de 8 a 11 anos após o implante. A doença geralmente é diagnosticada em estágio clínico precoce e tem curso indolente, apesar de haver relatos de casos com doença disseminada. No caso de doença localizada, medida conservadora com retirada da prótese é a chave do tratamento. Em casos avançados, além da exérese da prótese, recomenda-se também tratamento sistêmico com quimioterapia com regimes a base de antracíclicos (CHOP ou CHOEP), podendo ser considerado imunoterapia com anti-CD30 brentuximabe e radioterapia local para doença residual. O presente caso ilustra um caso de doença localizada de característica indolente, com tratamento cirúrgico,



mostrando que esta patologia deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de seromas que se desenvolvem associados a implante mamário.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.133>

LINFOMA ASSOCIADO À MUCOSA EM BASE DE CRÂNIO: RELATO DE CASO

M Navarrina-Trindade^a, F Céspedes-Gurki^a,
M Silva-Santos^a, VJ Balestrin^a,
V Xausa-Bosak^a, F Fianco-Valenti^a,
G Beust-Amador^a, D Brum-Lamaison^b, D Laks^a

^a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos),
São Leopoldo, RS, Brasil

^b Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil



O linfoma associado à mucosa (MALT), uma neoplasia de células B, é um subtipo de linfoma não-Hodgkin (LNH). Epidemiologicamente, os linfomas não-Hodgkin do sistema nervoso central são raros e representam 1,6% dos LNH. Neste relato, o foco do estudo é uma subclassificação do linfoma do sistema nervoso central MALT denominado linfoma de zona marginal extranodal/MALT (LMZME), pertencente a uma categoria do linfoma de zona marginal plasmocitóide. Nesta classificação, ainda se encontram o linfoma de sistema nervoso central nodal e linfoma de sistema nervoso central esplênico, representando estes, respectivamente, 7,6%, 1,8% e 1% dos LNH. Apesar destas três subclassificações apresentarem características imunofenotípicas e histopatológicas comuns, seu comportamento clínico é diverso. Tipicamente, o LMZME é mais prevalente em mulheres em proporção de 4:1 e a idade média ao diagnóstico é de 55, variando dos 29 aos 70 anos, apresentando-se como doença indolente em estágios iniciais, sendo comum observar nestes pacientes lesões não-expansivas. Todavia, pode haver transformação insidiosa para alto grau. Ressalta-se que o envolvimento de medula óssea e de linfonodos são raros. Devido à sua raridade, as opções terapêuticas para esta doença não foram totalmente estabelecidas. Os marcadores imunohistoquímicos presentes são CD19+, CD20+ e CD79a+, bem como CD21+, CD35+. Alternativas terapêuticas incluem radioterapia associada à quimioterapia imunoterapia adjuvantes. Altas doses de metotrexato são utilizadas em linfomas de alto grau de SNC, porém não é útil em linfomas de baixo grau do SNC, a menos que haja envolvimento das leptomeninges. Acerca da metodologia, realizou-se uma revisão retrospectiva em prontuário médico e de literatura. Paciente masculino, 75 anos, admitido em hospital geral com queixas de amnésia, urge-incontinência, ataxia de marcha (passos curtos) e cefaleia há 6 meses. Ao exame físico, REG, parcialmente orientado e sem alterações neuropsiquiátricas. Sinal de Babinski e Brudzinski ausentes. Ausência do reflexo palmomentoniano, sem sinais de oftalmoplegia ou alterações pupilares. Alterações sugestivas de hidrocefalia de pressão normal e lesão expansiva em base do crânio obtidas a partir de RNM. Identifica-se lesão difusa na rinofaringe posterior à direita, estendendo-se ao espaço carotídeo, seio sigmóide e forame jugular. No SNC ocupa parcialmente a