

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Linfomas Primários de Sistema Nervoso Central (LPSNC) são neoplasias raras, com origem em linfócitos B CD20 positivos. Representam cerca de 7-14% das neoplasias pós transplante de órgãos sólidos, estando o vírus Epstein Barr (EBV) e o estado de imunossupressão crônica bem estabelecidos como fatores de risco independentes. Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) e PET-CT são exames de imagem utilizados para avaliação imaginológica, porém o diagnóstico definitivo deve ser feito com anatomopatológico. O tratamento de escolha baseia-se na redução ou suspensão de imunossupressores, uso de Metotrexate (MTX) em altas doses em associação ou não a radioterapia. **Objetivo:** Descrever o quadro clínico, o diagnóstico e o desfecho de um paciente com Linfoma Não Hodgkin B pós transplante hepático EBV positivo. **Materiais e métodos:** Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada análise de prontuário, revisão de literatura para relato de caso e discussão de caso clínico. **Relato do caso:** Masculino 63 anos, com passado de transplante hepático em 2017 por doença hepática alcoólica e hepatite C, em vigência de micofenolato 360 mg 2x ao dia e sirolimus 5 mg 1x ao dia, evoluiu com quadro de cefaleia em região occipital, associado a ataxia e discreta afasia há aproximadamente 02 meses, o que levou a solicitação de cintilografia cerebral com SESTAMIBI-TC, que evidenciou lesões expansivas no lobo parietal esquerdo e hemisfério cerebelar direito, com importante edema perilesional. Realizada biópsia da lesão, com laudo histopatológico compatível com Linfoma de células B, e imunofenotipagem evidenciando marcador CD20 positivo. Sorologias de estadiamento evidenciaram presença de DNA viral de EBV na ordem de 366.793 log, o que motivou o início de tratamento com Ganciclovir venoso na dose de 300 mg/dia. **Discussão:** O (LPSNC) é uma neoplasia com elevada associação com EBV e imunossupressão, comum nos pacientes receptores de transplantes de órgãos sólidos. A terapêutica mais eficaz no manejo deste subtipo de linfoma é a suspensão ou redução da imunossupressão vigente, podendo ser utilizados esquemas com altas doses de MTX ou radioterapia local. No paciente em questão, foi optado pela suspensão dos dois imunossupressores, além de início de radioterapia, já que a função hepática é para tratamento com doses adequadas de MTX. Outras opções terapêuticas seriam o Interferon e os Anticorpos monoclonais anti marcadores de células B, como rituximabe. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, em programação para início de tratamento radioterápico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.148>

LINFOMA PRIMÁRIO DE OSSO TEMPORAL: RARO CASO NA LITERATURA

FM Carlotto ^a, NB Corrêa ^a, C Zanotelli ^b,
D Weber ^b



^a Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil

^b Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo Fundo, RS, Brasil

Introdução: Os linfomas são um conjunto de doenças linfoproliferativas variadas, tradicionalmente divididas em Linfoma de Hodgkin (LH) e Linfomas Não Hodgkin (LNH). Os LNH podem acometer sítios extra nodais em 30% dos casos, e o acometimento do osso temporal representa menos de 0,2% de todos os tumores de cabeça e pescoço. Relatamos um caso de um paciente diagnosticado com Linfoma Não Hodgkin na região do osso temporal, assim como seu diagnóstico e tratamento. **Relato do caso:** Homem, 53 anos, previamente hígido, procurou atendimento em setembro de 2019 com quadro de otalgia associada a paralisia facial direita há 12 dias. Ao exame físico, paralisia facial direita. Tomografia Computadorizada (TC) de crânio e cervical demonstrou lesão expansiva de 3,8 por 2,3 cm nos maiores eixos, de contornos mal definidos que se iniciava no conduto auditivo externo direito, se estendia até a orelha média, e tinha íntimo contato com o seio sigmoide à direita. Realizada mastoidectomia radical para ressecção do tumor. Análise de líquido sem população clonal. Imunohistoquímica da lesão do conduto auditivo sugestiva de Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LNHDGCB). Como ausência de infiltração meníngea ou lesões em SNC, foi optada pela realização de protocolo quimioterápico R-CHOP por 6 ciclos e metotrexato sistêmico profilático. Paciente evoluiu bem no decorrer do tratamento, porém ressonância magnética de controle pós término da quimioterapia evidenciou permanência da lesão na mastoide apesar da redução nas suas dimensões. Seguiu tratamento com 20 sessões de radioterapia, para complementação terapêutica. Após término da radioterapia, a lesão na mastoide direita permaneceu inalterada. Assim, realizada nova biópsia em novembro de 2020, sem evidência de neoplasia. Em fevereiro de 2021, paciente procurou serviço de emergência com cefaleia de difícil controle e dor óssea, principalmente em arcos costais. TC com aumento importante da lesão em mastoide direita e múltiplas lesões líticas em calota craniana, arcos costais, clavícula, úmero proximal, escápula, pelve e fêmur proximal, além do surgimento de adenomegalias cervicais e axilares. Imunofenotipagem de líquido sugestiva de doença linfoproliferativa de linhagem B. Iniciado tratamento quimioterápico com protocolo HyperCVAD ciclo B, associado a quimioterapia intratecal. Entretanto, paciente com piora clínica dias após início da quimioterapia, evoluindo com pancitopenia severa, perda performance status e dor óssea intratável. Paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória e óbito poucos dias após a admissão hospitalar. **Discussão:** Os linfomas constituem 10% dos tumores de cabeça e pescoço. Os locais mais comuns de envolvimento extra nodal são o estômago e o trato gastrointestinal; no entanto, o linfoma pode se apresentar em qualquer tipo de tecido. O envolvimento ósseo compreende 1-2% dos casos; de forma que o envolvimento de osso temporal é extremamente raro, com poucos casos relatados na literatura. Conforme revisão de base de dados no MEDLINE realizada foram identificados 9

casos comprovados por biópsia envolvendo osso mastóide, local acometido pelo nosso paciente. **Conclusão:** O LNH em osso temporal é uma entidade recentemente definida e por serem poucos ainda os trabalhos encontrados na literatura que visam defini-lo, conclui-se que ainda são necessárias pesquisas que possam melhor caracterizá-lo, para assim melhor dirigir o tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.149>

LINFOMA PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: UM 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

Os linfomas primários do sistema nervoso central (LPSNC) são malignidades extranodais e agressivas que se desenvolvem em encéfalo, meninges e medula espinhal na ausência de envolvimento sistêmico ao diagnóstico. A incidência de LPSNC nos países ocidentais é de 5/1.000.000 pessoas ao ano e a prevalência é maior em homens, caucasianos e >60 anos. Atualmente, estima-se que o PCNSL seja responsável por até 1% dos linfomas não Hodgkin (LNH) e 3% a 5% dos tumores cerebrais primários. Em imunossupressos, como pacientes HIV +, HTLV +, EBV +, a incidência é 3.600 vezes maior. Quanto à patogênese, SNC não contém linfócitos residentes fisiologicamente que ultrapassem a barreira hemato encefálica. Entretanto, evidências sugerem que células T e B entram no SNC sob condições fisiológicas, sendo que LPSNC pode se originar de células B de tecidos linfóides sistêmicos. A apresentação clínica de LPSNC são frequentemente sintomas focais ou multifocais, aumento da pressão intracraniana e alterações neuropsiquiátricas. TC e RNM mostram lesões homogêneas em lobos frontais, gânglios da base, tálamo e corpo caloso isoladas ou múltiplas. O diagnóstico (Dx) é por meio de biópsia da lesão e imunohistoquímica. O tratamento, devido à natureza infiltrativa da lesão, é quimioterapia e radioterapia adjuvante de encéfalo. Busca realizada em prontuário eletrônico da paciente durante admissão e internação. Paciente feminina, 34 anos, com perda súbita da consciência, desorientação temporoespacial, disartria, parestesia, crises convulsivas complexas. Histórico de cefaléia em região temporal à esquerda progressiva com início há 2 meses. Laboratoriais sem alterações e sorologias negativas. À RNM de crânio, lesão expansiva em lobo frontal esquerdo acometendo as corticais contíguas dos giros frontais superior e médio, hipointensa com realce homogêneo ao meio de contraste, medindo cerca de 3,8 cm no maior eixo. À ressecção completa, anatomopatológico constatou presença de neoplasia pouco diferenciada em parênquima cerebral. À imunohistoquímica, CD20+, PAX-5+, CD10+, BCL6+ e P56+, compatível

com LPSNC de grande células B. PET-CT sem alterações sistêmicas. Realizou protocolo R-MAD e transplante autólogo. Segue em acompanhamento. Quão mais precoce é feito o diagnóstico, melhor o prognóstico apesar da agressividade da doença. O transplante de células tronco autólogo adjunto a quimioterapia e radioterapia mostram menor morbimortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.150>

LINFOMA T CUTÂNEO CD30+ EXTENSO: RELATO DE CASO



RS Ferrelli, VR Siqueira, TB Soares, AA Paz,
DB Lamaison, LLA Silva, TY Barbeta,
AA Hofmann, XH Condori

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

Objetivo: Descrever o caso de paciente com diagnóstico de linfoma cutâneo T CD30+ com acometimento extenso de pele. **Relato de caso:** Paciente masculino, 65 anos, iniciou acompanhamento no ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2019 devido a lesões cutâneas difusas, que surgiram um ano antes, inicialmente em face, com posterior progressão para membros superiores, dorso e região infra-mamária. Negava sudorese noturna, emagrecimento, febre ou linfonodomegalias. Ao exame físico, apresentava extensa placa eritemato-violácea infiltrada, bem delimitada, em hemiface direita, estendendo-se do pavilhão auricular até região orbicular lateral direita, além de pápulas eritematosas em fronte. Também havia lesão semelhante em região torácica, dorso e perineo. Adenomegalias palpáveis em cadeias inguinal esquerda e cervical esquerda. Realizada biópsia cutânea, e exame de imuno-histoquímica (IHQ) demonstrou linfoproliferação de células T CD4 positivo com 25% de expressão de CD30. Encaminhado então para o ambulatório de Hematologia, quando realizou estadiamento da doença, que evidenciou apenas linfonodos discretamente aumentados em região cervical, além de PET-CT com captação cutânea extensa. Imunofenotipagem (IF) de sangue periférico não demonstrou a presença de células de Sezary. Diante do acometimento cutâneo extenso, optou-se por iniciar tratamento com quimioterapia (QT) sistêmica (esquema CHOP), com pouca resposta após dois ciclos. Trocou-se então o protocolo de QT para GD, que o paciente realizou apenas um ciclo, com abandono do tratamento devido à pandemia. Paciente retorna em 2021 com persistência das lesões cutâneas. Novo exame de PET-CT demonstrou aumento da atividade metabólica em linfonodos axilares e inguinais. Nova IHQ de lesão cutânea compatível com linfoma T cutâneo com expressão focal de CD30 (20%), devendo-se considerar a possibilidade de micose fungoide em fase tumoral com transformação para linfoma de grandes células. Como a biópsia linfonodal não foi realizada, o estadiamento final foi T3bNxM0B0 - IIB. Iniciou metotrexato via oral em maio de 2021. Em junho, evolui com infecção secundária nas lesões cutâneas, com posterior sepse e óbito. Linfoma cutâneo de células T (LCCT) consiste em um grupo heterogêneo de