

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