

de meningioma em fossa anterior 11 anos antes. Na admissão, o exame neurológico demonstrava confusão mental, com paraparesia espástica assimétrica (pior no membro inferior direito) e déficit sensorial ao nível de T4. Os exames de neuroimagem demonstravam eventos vasculares isquêmicos recentes e subagudos nas áreas de fronteiras vasculares interna e externa bilaterais dos hemisférios cerebrais. Devido pancitopenia com aumento de DHL, a paciente foi submetida a biópsia de medula óssea, que evidenciou infiltração por linfoma não hodkin de células B de localização predominantemente intravascular. O PET-CT mostrava discreta hipercaptação medular. A paciente foi submetida a Poliquimioimunoterapia com o esquema de seus ciclos de R-mini-CHOP do idoso, evoluindo com melhora progressiva da paraparesia, da confusão mental e das citopenias. O PET-CT após o 4º ciclo não mais apresentava hipercaptação medular. Para complementar a avaliação de resposta, foi feita outra biópsia de medula óssea após o 6º ciclo. **Discussão:** O linfoma intravascular de grandes células B (LIVGCB) é um tipo raro de linfoma B extra-nodal de curso agressivo, que pode afetar múltiplos órgãos, incluindo o sistema nervoso central (SNC). Sua principal característica é o fato de as células tumorais estarem limitadas ao lúmen de vasos de pequeno calibre. Os sítios mais envolvidos são classicamente a pele e o SNC. O diagnóstico do LIVGCB é desafiador pois faltam achados de imagem ou laboratoriais específicos, com PET-CT usualmente negativo devido ao predomínio intravascular do tumor. Esse caso é importante para alertar sobre a combinação dos achados neurológicos com pancitopenia pode revelar uma doença muito grave e subdiagnosticada. Ressaltamos também a resposta completa com o tratamento específico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.196>

LINFOMA NÃO HODGKIN PRIMÁRIO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL: RELATO DE CASO

BN Nascimento, MC Locatelli, JR Assis, MG Cliquet, AFC Vecina, MA Gonçalves, ES Navarro, CAC Vieira, DR Spada, JA Rena

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Relatar caso de Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LNHDGCB) primário de SNC (PSNC). **Materiais e métodos:** Levantamento e análise de prontuário por meio de revisão integrativa. **Relato de caso:** Paciente feminina, de 70 anos, grande tabagista com doença pulmonar obstrutiva crônica, há um mês com disartria, hemiplegia direita e crises epiléticas complexas. A tomografia mostrava lesões nodulares esparsas pelo parênquima cerebral supratentorial e cerebelar à esquerda, a maior com 2,5cm e com realce ao contraste, gerando efeito de massa, dilatação compensatória do sistema ventricular e desvio de linha média; não havia comprometimento de outros órgãos ou sistemas. Foi submetida a neurocirurgia para ressecção das lesões; anatomopatológico e imuno-histoquímica revelaram expressão de CD20, MUM-1, BCL-3 e BCL-6, ki-67 de 90%,

consistente com LNHDGCB, e os demais estudos tomográficos permitiram classificar a doença como PSNC. Com sorologias para HIV, sífilis, HTLV e hepatites negativas, iniciou-se esquema R-miniCHOP acrescido de metotrexato. A paciente concluiu seis ciclos e houve melhora do grau de força, observada já ao final do primeiro ciclo. Atualmente, após um ano do diagnóstico, sem déficits motores e com ressonância magnética de sistema nervoso central, realizada após término do tratamento, sem doença ativa. **Discussão:** O linfoma PSNC é um subtipo incomum (4% de prevalência) dentre os linfomas não-Hodgkin, acometendo encéfalo, leptomeninges, olhos e medula espinhal, sem evidência de doença nodal sistêmica. Cerca de 90% dos casos são classificados como LDGCB. Seu principal fator de risco é a imunossupressão, embora haja tendência observada aos registros de aumento na incidência na população imunocompetente após os sessenta anos. Sintomas B são raros, predominando a ocorrência de sintomas neurológicos focais. Apresenta curso agressivo e prognóstico sombrio, quando comparado a outros LDGCB, sendo fatores de mau prognóstico: a sua ocorrência em idosos, aumento de desidrogenase láctica, hiperproteinorraquia e acometimento de área cerebral não hemisférica, enquanto a expressão de BCL-6 confere melhor prognóstico. À despeito de sua alta quimio e radiosensibilidade, as remissões são frequentes e rápidas. Possivelmente pela dificuldade da ação das medicações em ultrapassar a barreira hematoencefálica, as terapias convencionalmente usadas não são efetivas isoladamente, sendo necessária a adição de metotrexato e, por vezes, radioterapia. Todavia, o alto risco de neurotoxicidade grave, associado ao tratamento, incapacitante principalmente aos idosos, deixa a reflexão: intensificar a terapia na tentativa de atingir respostas mais profundas ou reduzi-la buscando atenuar os efeitos colaterais. A questão torna-se ainda mais relevante uma vez que a cura não é atingida na maioria dos pacientes, com sobrevida global média em imunocompetentes de dois anos. **Conclusão:** Embora com prognóstico obscuro, observa-se melhora significativa nas últimas décadas, como resultado de melhores estratégias de tratamento com objetivo curativo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.197>

TUMOR COMPOSTO COM ADENOCARCINOMA DE RETO E LINFOMA NÃO HODGKIN: RELATO DE CASO

AA Hofmann, VR Siqueira, CK Weber, CE Wiggers, ET Calvache, RS Ferrelli, T Callai, EW Corrêa, VB Santana, AA Paz

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

Objetivo: Relatar um caso muito raro de tumor composto com adenocarcinoma de reto e linfoma não Hodgkin, assim como descrever os aspectos patológicos e a conduta terapêutica. **Caso clínico:** Paciente sexo feminino, 72 anos com histórico de adenocarcinoma de cólon em abril de 2018, foi submetida a hemicolectomia esquerda curativa. Em janeiro