

LINFOMA NÃO-HODGKIN

RELATO DE CASO: LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE E APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA ATÍPICA

GKM Grigoletto, RB Cardoso, F Mazotti

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA),
Marília, SP, Brasil

Objetivo: Contribuir para ampliação do raciocínio clínico em diagnóstico diferencial de lesões cerebrais. Visto que o caso clínico descrito é de incidência rara, acometendo perfil de paciente atípico e de apresentação radiológica atípica. **Materiais e métodos:** Paciente, branco, sexo masculino, 27 anos, brasileiro, motorista de aplicativo, iniciou quadro com cefaleia holocraniana e turvação visual principalmente durante sua atividade laboral, no período noturno. Buscou atendimento com médico oftalmologista e iniciou uso de óculos com lentes de correção de grau, seguiu com os mesmos sintomas, então realizou ressonância magnética de crânio que evidenciou múltiplas lesões cerebrais (lesões nodulares localizadas no ângulo ponto cerebelar bilateralmente, medindo 2,9 x 2,5 cm à direita e 3,2 x 2,6 cm à esquerda, pequena lesão 1,1 x 1,7 cm periaquedutal à direita, lesão 1,8 x 1,6 cm circundando o terceiro ventrículo e outra lesão de 1,5 x 1,3 cm junto próximo ao ventrículo lateral esquerdo). Foi realizado biópsia cerebral e estudo de espectroscopia por ressonância magnética localizada na lesão do ângulo ponto cerebelar esquerda que demonstrou redução do pico de colina e do pico de NAA, sugerindo processo neoplásico. Laudo de anatomopatológico confirmou linfoma maligno de grandes células e imuno-histoquímica confirmou linfoma de células B grandes (CD 20 positivas) com alto índice de Ki-67, compatível com linfoma difuso de grandes células B. Exames de sorologias virais e bioquímica afastou causas de imunossupressão. Estadiamento foi realizado com tomografias computadorizadas com contraste em tórax, abdome total e pelve, todas sem evidência de lesões. Coleta de líquido cefalorraquiano com pesquisa negativa para células neoplásicas. Análise de medula óssea por meio de mielograma e imunofenotipagem, ambas sem evidência de doença. Sendo assim, confirmado linfoma difuso de grandes células B primário de sistema nervoso central. Foi iniciado o protocolo quimioterápico R-MVP (Rituximabe, Metotrexato, Vincristina, Procarbazina) realizado todas as medicações exceto procarbazina devido a indisponibilidade no sistema único de saúde (SUS). **Resultados:** Até o momento já realizou três ciclos de quimioterapia, evoluiu com melhora clínica, segue com suas atividades laborais normalmente, e mesmo diante da alta dose de metotrexato (MTX) não desenvolveu alterações hematológicas e/ou neurotóxicas, portanto sem necessidade de transfusão de hemocomponentes e tratamentos adicionais. **Discussão e conclusão:** Considerando que o tratamento encontra-se em curso, com três ciclos de quimioterapia realizados, os dados clínicos apresentados ainda podem sofrer alterações. O tratamento de indução será

continuado com proposta de transplante de medula óssea no tratamento de manutenção.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.642>

RELATO DE CASO: ASSOCIAÇÃO DE LINFOMA NÃO HODGKIN E PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE CRÔNICA

BK Losch^a, FK Tornquist^a, EW Silva^a,
VL Bueno^a, AH Schuck^a, TS Hahn^a, MFL Pezzi^a,
LV Calderan^a, LM Lorenzi^a, RD Lorandi^b^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do
Sul, RS, Brasil^b Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS,
Brasil

Introdução: Os linfomas de alto grau são responsáveis por cerca de 50% de todos os casos de Linfomas não Hodgkin (LNH) e englobam diversas variantes, dentre elas, o mais encontrado na população adulta é o LNH difuso de grandes células B. A associação de doenças linfoproliferativas com púrpura trombocitopênica imune (PTI) é classicamente vista em casos de leucemia linfocítica crônica. Contudo, há relatos na literatura de sua apresentação conjunta com LNH. **Objetivo:** Relatar o caso de púrpura trombocitopênica imune crônica precedente ao diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). **Relato do caso:** Paciente de 19 anos, masculino, acompanhava há 3 anos com hematologista por quadro clássico de PTI crônica, o qual costumava apresentar boa resposta à corticoterapia intermitente durante os episódios de trombocitopenia. Todavia, durante um dos ciclos de corticoterapia, iniciou com tosse persistente associada à sudorese noturna e febre. Aventou-se a hipótese de tuberculose pulmonar visto a imunossupressão, mas baciloscopias foram negativas. Dessa forma, foram realizados exames complementares que evidenciaram linfonodomegalias difusas em exames tomográficos, além de pancitopenia. Assim, optou-se por biopsiar um dos linfonodos suspeitos, o qual confirmou o diagnóstico de LNH de grandes células B. Durante a espera pelos resultados imunohistoquímicos, paciente iniciou com lesão renal aguda não oligúrica e distúrbios hidroeletrolíticos compatíveis com síndrome de lise tumoral, sendo realizado manejo conservador em regime de UTI, sem critérios para terapia dialítica. Após melhora, optou-se por instituir protocolo CHOP. Atualmente, segue terapia oncológica sem novos episódios de trombocitopenia ou complicações com necessidade de internação. **Discussão:** A prevalência de trombocitopenia em LNH é incerta, porém ocorre com maior frequência nos subtipos linfoplasmocítico e zona marginal. Nesses casos, a PTI costuma se apresentar durante ou após o diagnóstico. Em contrapartida, quando a trombocitopenia precede os demais achados, como ocorreu neste relato, acredita-se que seja por um linfoma ainda oculto. A fisiopatologia da PTI secundária a doenças linfoproliferativas é desconhecida, mas alguns autores atribuem sua ocorrência à produção de autoanticorpos pelo clone neoplásico ou decorrente da