

encontrado achados morfológicos que em conjunto com o perfil imunohistoquímico favorecem o diagnóstico de um Linfoma Não Hodgkin de alto grau histológico, em particular, um linfoma de Burkitt em mucosa jugal e lábio inferior. Paciente foi encaminhado para setor de onco-hematologia para seguir com tratamento imediato com protocolo CODOX-M-IVAC. Apresentou boa resposta ao tratamento com melhora significativa da exoftalmia. Segue em ambulatório de hematologia com boa resposta ao tratamento instituído. **Discussão:** Linfoma de Burkitt (LB) é um tumor derivado de células B maduras que possui como característica alta agressividade e presença de grandes massas tumorais e acometimento extranodal frequente. Pode ser classificado em endêmico, esporádico e associado à imunodeficiência. O LB associado à imunodeficiência, principalmente devido ao HIV, é comumente associado a maior envolvimento extranodal, presença de sintomas B e pior estado geral ao diagnóstico em comparação com pacientes diagnosticados com LB sem HIV concomitante. Os LNH são as principais neoplasias associadas ao acometimento orbitário, com maior associação a linfomas originários de células B. A sintomatologia associada a esta alteração é ampla, sendo a proptose unilateral a principal queixa, embora dor, alterações visuais, alterações motoras dos olhos e demais sintomas visuais inespecíficos também estejam associados. Em raros casos, a afecção é bilateral. O acometimento extralinfonodal mais associado ao LB é a mandíbula. Registros na literatura de acometimento orbitário/retro orbitário associado ao LB são raros, sendo a faixa etária pediátrica a principal fonte de registros. **Conclusão:** Através deste relato de caso e revisão de literatura, pode-se concluir que embora o acometimento orbitário/retro orbitário não seja uma manifestação clássica do LB, este deve ser considerado como diagnóstico diferencial ao aparecimento de proptose ou demais sintomas oculares, em conjunto com demais subtipos de LNH, principalmente em populações de risco (crianças em regiões endêmicas, imunossuprimidos, sintomatologia sugestiva), com o objetivo principal de diagnóstico e início de tratamento rápidos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.674>

LINFOMA ESPLÊNICO DIFUSO DE PEQUENAS CÉLULAS B DA POLPA VERMELHA: RELATO DE CASO

IAS Plentz, BM Borges, FC Domingos, GF Colli, IZ Gonçalves, IA Siqueira, MB Carneiro, NS Castro

Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII, Barretos, SP, Brasil

Objetivo: Relatar o caso de um paciente portador de linfoma esplênico difuso de pequenas células B da polpa vermelha, a partir de informações obtidas em revisão de prontuário e revisão de literatura. **Relato de caso:** K.S.M, masculino, 61 anos, diabético, iniciou acompanhamento com a equipe de Hematologia em setembro de 2021 com relato de diagnóstico externo de esteatohepatite não alcoólica no ano 2000 por aumento de transaminases. Em 2009 apresentou

esplenomegalia em ultrassonografia de abdome de rotina e aumento progressivo em dois anos, avançando além da cicatriz umbilical em palpação abdominal, com surgimento conjunto de linfonodomegalias abdominais e pélvicas. Negado sintomas B. Evidenciado em hemograma linfocitose ($4521/\text{mm}^3$) e trombocitopenia ($86 \text{ k}/\text{mm}^3$). Mielograma apresentando série branca hiper celular, com 56% de células linfóides algumas com projeções citoplasmáticas e imunofenotipagem evidenciando 39,4% de células linfóides B, positivas para CD5, CD11c, CD19, CD20, CD79b, CD81, CD200 e negativas para CD3, CD4, CD8, CD10, CD23, CD25, CD38, CD43, CD56, CD103 e CD123. Realizada esplenectomia com anatomopatológico e imuno-histoquímica: proliferação de pequenos linfócitos infiltrando difusamente a polpa vermelha do baço e linfonodo periesplênico com positividade para CD20, BCL2, CD5, MNDA e negatividade para CD10, BCL6, CD23, LEF1, ciclina D1, anexina A1 e IgD. Paciente evoluiu bem, com ausência de sintomas constitucionais, mantendo seguimento clínico. **Discussão:** O linfoma esplênico difuso de pequenas células B de polpa vermelha é um linfoma primário de células B recém-reconhecido como entidade independente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2016. Ele mostra características clínicas sobrepostas com linfoma esplênico de zona marginal, incluindo esplenomegalia maciça, infiltração de baço, medula óssea e sangue periférico com sintomas B infrequentes. O diagnóstico é baseado principalmente no exame histopatológico, sendo facilitado por esplenectomia pela característica de infiltração difusa da polpa vermelha do baço. Informações sobre histologia, imunofenótipo, apresentação clínica e a resposta à terapia é ainda muito limitada. A esplenectomia é indicada como tratamento de primeira linha e os pacientes apresentam uma boa sobrevida global. **Conclusão:** Em resumo o linfoma esplênico difuso de pequenas células B de polpa vermelha é uma doença rara e o diagnóstico pode ser desafiador, mas um diagnóstico adequado é importante devido às diferenças no manejo do paciente e no desfecho clínico. Que este relato possa ser útil para novos estudos a fim de melhorar o entendimento acerca deste linfoma, reforçando o conceito de que ele é distinto dos outros e deve ser considerado no paciente com esplenomegalia significativa associado a linfocitose com imunofenotipagem não conclusiva.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.675>

LINFOMA PRIMÁRIO DE TESTÍCULO, RELATO DE UM CASO

BP Vasconcelos^a, AM Peixinho^a, JVL Amaral^a, BN Nascimento^a, MA Gonçalves^b, MG Cliquet^a

^a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

^b Conjunto Hospitalar de Sorocaba (SES/SECONCI), Sorocaba, SP, Brasil

Introdução: O linfoma extranodal corresponde à doença linfoproliferativa em tecidos distintos dos linfonodos, tonsilas, timo e baço. Apresenta ocorrência em 40% dos pacientes com