

indivíduos com doença nodal generalizada. O LNHZM com acometimento extranodal de conjuntiva é uma condição rara e este relato tem como objetivo registrar o seu curso clínico, alterações nos exames complementares, tratamento e desfecho. **Apresentação do caso:** Paciente de 33 anos, sexo feminino, sem comorbidades, com diagnóstico de LNHZM esplênico, último estadiamento Ann Arbor IVB, com acometimento de conjuntiva. Foi diagnosticada com estágio IVA, com medula óssea acometida, tendo sido realizado tratamento com 8 ciclos de quimioterapia (QT) com Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisolona (R-CVP). Evoluiu com resposta ao tratamento, porém, após dois anos, foi diagnosticada a recaída da doença: tomografia por emissão de pósitrons - tomografia computadorizada (PET-TC) evidenciou linfadenomegalias, nova esplenomegalia de grande monta e acometimento de conjuntiva, local que foi biopsiado e comprovada a recaída. Fez tratamento com 3 ciclos de Rituximabe, Dexametasona, Citarabina e Cisplatina (R-DHAP), com boa resposta ao tratamento, tendo sido o último ciclo após um ano da descoberta da recaída. Novo PET-TC Pet mostrou resposta parcial, favorável ao tratamento. Fez esplenectomia três meses após a finalização do tratamento devido à esplenomegalia de grande monta, além de citopenias relacionadas (leucopenia, neutropenia e trombocitopenia). Pós-operatório revelou boa recuperação clínica, sendo encaminhada para transplante de medula óssea (TMO). **Discussão e conclusão:** LNHZM é uma doença agressiva, tendo como o diferencial a presença de acometimento conjuntivo. Esse achado clínico é extremamente atípico, sendo comprovado a sua relação com o avanço do linfoma pela biópsia. Além disso, corrobora-se com a literatura a melhora do paciente com os ciclos de R-DHAP. Diante disso, torna-se evidente a importância de relatar uma doença rara junto a uma manifestação ainda mais incomum e que possui evidências de uma boa resposta a um medicamento já comercializado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.385>

#### LINFOMA FOLICULAR COM LESÕES ÓSSEAS: UM RELATO DE CASO

LG Carvalho<sup>a</sup>, AMS Felix<sup>a</sup>, VR Oliveira<sup>a</sup>,  
HL Serrano<sup>a</sup>, GBD Ferraz<sup>b</sup>, FNT Alvim<sup>b</sup>,  
MB Figueiredo<sup>b</sup>, JV Rodrigues<sup>b</sup>,  
ALC Monnerat<sup>b</sup>, MKP Lusis<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói,  
RJ, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP),  
Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ,  
Brasil

**Objetivo:** Relatar um caso de Linfoma folicular com lesões osteolíticas ao diagnóstico. **Material e métodos:** Revisão do prontuário médico, dos exames de imagem e dos histopatológicos. **Relato do caso:** Mulher de 49 anos vem apresentando dor óssea de forte intensidade na região lombo-sacra há um ano. Relata dislipidemia, amigdalectomia na infância e cesárea aos 23 anos. Parou de fumar há 10 anos. A Ressonância magnética mostrou múltiplas lesões ósseas nos corpos vertebrais e bacia e tecido de partes moles invadindo o canal sacral. Dois

meses depois, a paciente notou adenomegalias cervicais e foi encaminhada para o serviço de hematologia do HUAP. Ao exame a paciente tinha fâcies de dor, estava levemente hipocorada, com adenomegalias cervicais e axilares bilaterais. Não havia visceromegalias. A biópsia de um linfonodo cervical diagnosticou Linfoma folicular clássico e a biópsia de medula óssea confirmou infiltração pelo linfoma. As tomografias do estadiamento mostraram lesão expansiva na asa maior do esfenóide e parede posterior da órbita, múltiplas linfonodomegalias no tórax, abdome e pescoço, provável infiltração neoplásica das submandibulares, acometimento ósseo secundário de vértebras cervicais e lombares e lesões heterogêneas nos ilíacos, colos femorais e trocanter femoral esquerdo. Exames laboratoriais: Hemograma: Hb 11 g/dL / Hto 32,8% / VCM:88,5 fL / Plaquetas: 434.000/mm<sup>3</sup> / Leucometria 16300/mm<sup>3</sup> / Segmentados:13529 / Linfócitos: 1956/ Ausência de blastos. As sorologias para HIV, sífilis e hepatites foram negativas e os exames bioquímicos, dentro da normalidade, exceto a Fosfatase Alcalina que estava aumentada. A biópsia da vértebra L3 confirmou que a origem das lesões ósseas era o Linfoma folicular. **Discussão:** O Linfoma não Hodgkin pode acometer os ossos de forma primária ou secundária. Linfomas ósseos primários ocorrem como lesões únicas ou múltiplas, sem acometimento linfonodal ou visceral e representam cerca de 1% dos linfomas em geral. Os linfomas que afetam os ossos secundariamente são mais frequentes que os primários. O tipo histológico mais encontrado, em ambos os casos é o Linfoma de grandes células B difuso (LGCBD). Ossos longos como o fêmur, as vértebras e a bacia são os mais acometidos. O sintoma principal é a dor óssea e as fraturas ocorrem raramente. As lesões mais frequentes são as osteolíticas, mas lesões osteoblásticas ou mistas também podem ocorrer. Os linfomas indolentes representam apenas 8% daqueles que acometem os ossos. O Linfoma folicular é o linfoma indolente mais comum, caracterizado por adenomegalia generalizada de evolução lenta, por diagnóstico em estádios avançados, pelas recidivas frequentes e pela transformação para LGCBD. O acometimento de sítios extra-nodais como medula óssea, baço, fígado e trato gastro-intestinal é comum, porém o aparecimento de lesões ósseas é muito raro. Dentre as neoplasias hematológicas o Mieloma múltiplo é o tumor que mais frequentemente causa lesões ósseas. O esqueleto é o terceiro sítio mais comum de metástases de tumores sólidos, após o pulmão e o fígado. Os carcinomas são o tipo de tumor mais frequente associado à lesão óssea secundária e as metástases mais comumente se iniciam a partir de neoplasias das mamas, pulmões e próstata. **Conclusão:** Devido à raridade da ocorrência de dor de forte intensidade por lesões ósseas associadas ao Linfoma folicular, a confirmação histopatológica foi necessária para descartar a possibilidade de uma segunda neoplasia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.386>

#### LINFOMA NK/T EXTRANODAL DO SUBTIPO NASAL EM APRESENTAÇÃO OCULAR E CUTÂNEA

LM Fiorio, ACR Marques, ASA Oliveira,  
PHCS Aguiar, GG Cunha, MLRO Almeida,  
VMR Souza, L Miloni, LTPB Silva, OCG Baiocchi