

envolvimento secundário da pele. O prognóstico para o PCDLBCL-leg type é geralmente reservado, refletindo sua natureza agressiva e a tendência a apresentar um curso clínico desfavorável. **Conclusão:** Dada a natureza agressiva do PCDLBCL-leg type, caracterizada por rápido crescimento, elevado índice proliferativo e prognóstico reservado, é de extrema importância o reconhecimento precoce das suas manifestações clínicas. O diagnóstico precoce, aliado a uma abordagem terapêutica eficaz, pode impactar positivamente na resposta ao tratamento e na sobrevida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.463>

LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B DE ALTO GRAU. QUAL A MELHOR ESCOLHA PARA O TRATAMENTO? UM RELATO DE CASO

GG Paula ^a, DRR Firmino ^b, LFT Ribeiro ^b, MSSM Akl ^b, NCD Ribeiro ^b, ALAG Franco ^b, HSB Pinto ^b, IMT Paula ^c, LMT Paula ^d, ARFDS Souza ^b

^a Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

^b Universidade Paulista (UNIP), São Paulo, SP, Brasil

^c Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC), Campinas, SP, Brasil

^d Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: De acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), os linfomas difusos de grandes células B (LDGCBs) constituem um grupo heterogêneo de doenças dentro dos linfomas não hodgkin (LNH) com alta prevalência. Segundo Swerdlow et al., 2008, algumas categorias passaram a ser reconhecidas como entidades específicas: 1- Linfoma difuso de grandes células B com subgrupos moleculares com respostas variáveis ao tratamento e com características biológicas diferentes. Estudos de expressão gênica têm identificado três subgrupos: a) LDGCB, subgrupo centro germinativo símile (GCB) com expressão de genes relacionados ao centro germinativo, CD10 e bcl-6; b) LDGCB, subgrupo célula B ativada (ABC), caracterizado pela expressão de genes relacionados a células mitoticamente ativas; c) LDGCB primário do mediastino (PMBL); 2- Linfoma de células B com comportamento agressivo e com características intermediárias entre o LDGCB e o Burkitt; 3- LDGCB com imunofenótipo de célula B em estágio final de diferenciação. Essas variantes moleculares podem ser reconhecidas em parte pelo método imunohistoquímico (IMQ) utilizando anticorpos: CD10, bcl-6 e MUM1 e o algoritmo de “Hans” para a subclassificação do LDGCB. Este relato de caso descreve a melhor escolha de tratamento para o LDGCBs. **Relato de caso:** Paciente S.B., 49 anos, masculino diagnosticado em 2023 com LDGCB e considerado como de alto grau por suas características evolutivas de transformação clonal de um Linfoma de Hodgkin (LH) predominância linfocítica nodular. A IMQ evidenciou tripla expressão BCL-2 40%, BCL-6 30%, C-MYC 20% e Ki67 > 90% mas os estudos

moleculares “FISH”, entretanto, com negatividade, para BCL2, BCL6 e ausência do rearranjo C-MYC. O estadiamento clínico mostrou IVBXS: envolvimento esplênico, hepático, sistema nervoso central (SNC), sudorese, febre e massa bulky de 9,6 × 6,7 × 10,3 cm na região mediastinal. Índice Prognóstico Internacional IPI = 5, IPI Revisado = 3, e IPI no SNC = 4, todos de alto risco de recidiva no SNC acima de 10,4% em 2 anos. Assim, optou-se pelo protocolo R-CODOX M/R-IVAC e “involved field radiotherapy” na massa bulky, sendo a melhor escolha para o tratamento. O paciente evoluiu após o terceiro ciclo de tratamento com resposta metabólica completa por PET SCAN em score de Deauville 2. **Discussão:** O LH predominância linfocítica nodular é uma entidade rara representando cerca < 0,5% dos LH. Considerando a sua evolução clonal para outra doença, o LDGCB foi considerado por si só como um fator de alto grau por suas características de transformação. **Conclusão:** O caso retrata a complexidade da escolha da melhor terapia para pacientes com LDGCB que, apesar de não apresentarem imunexpressão para bcl2, bcl-6 e ausência do rearranjo C-MYC aos estudos moleculares, foi considerado como de alto grau por suas características evolutivas de transformação clonal e com alto índice de recidiva e refratariedade pós-tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.464>

NECROSE DE MEDULA EM PACIENTE COM RECIDIVA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: RELATO DE CASO

GLC Rosa, MEP Antonioli, TC Bortolheiro, MM Bandeira, F Malagutti, FGL Nunes, M Passolongo, BG Marcon, J Sobreira

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp), São Paulo, SP, Brasil

O objetivo do presente estudo foi de relatar um caso de necrose de medula óssea em paciente jovem, com recidiva de Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB), tendo em vista raridade da condição, e seu subdiagnóstico, com incidência que varia na literatura, mas que pode chegar a 0.3-0.4% quando consideramos diagnóstico in vivo. Para estabelecer o diagnóstico é necessário biópsia de medula óssea e da visualização de sua transformação gelatinosa e necrose do tecido mieloide. O caso em questão, obtido através de revisão de prontuário, trata-se de paciente masculino, de 25 anos, internado para investigação de recidiva de LDGCB com acometimento renal, após apresentar aumento das escórias nitrogenadas, queixa de dor lombar e imagem em tomografia de abdome apresentando massa renal à esquerda, em topografia compatível com acometimento neoplásico prévio. Paciente evoluiu com pancitopenia súbita, sendo rapidamente avaliado com mielograma, com ausência de células à microscopia e depósitos de fibrina, além de biópsia de medula óssea, que confirmou o diagnóstico de necrose de medula óssea. Após firmado o diagnóstico paciente manteve-se dependente de transfusões diárias de concentrados de plaquetas e hemácias, e, considerando que mantinha neutropenia importante, evoluiu com pneumonia bacteriana, choque