

CD79a. O estadiamento inclui exames de imagem e biópsia de medula óssea. **Objetivo:** O objetivo deste relato de caso é compartilhar uma experiência clínica rara sobre linfoma primário do sistema nervoso central, contribuindo para a compreensão da doença e oferecendo insights sobre apresentação, diagnóstico, tratamento e evolução. **Relato de caso:** Mulher, 52 anos, sem comorbidades, apresentou cefaléia fronto-temporal esquerda intensa há um ano e meio, com piora progressiva e um episódio convulsivo tônico-clônico generalizado. A RNM revelou lesão expansiva extra-axial no epicentro passar o esquerdo, comprometendo o cavum de Meckel ipsilateral e com extensão para a cisterna pré-pontina e conduto auditivo interno ipsilateral. A lesão tinha hipossinal em T2, intensa impregnação pelo contraste e mediu cerca de 40 mm. A artéria carótida interna estava encarcerada pela lesão, com leve redução do calibre e mínima extensão para a sela. A biópsia mostrou infiltrado por células linfoides intermediárias, com imuno-histoquímica positiva para CD20, CD3, CD10 localmente, BCL2, CD21, CD23 e negativo para Ciclina D1, Ki67 20%. Tomografias de estadiamento não mostraram massas ou linfonodomegalias. Iniciou-se o tratamento com protocolo R-MVP e citarabina em altas doses. Após a quimioterapia, a RNM mostrou resposta completa e o paciente foi encaminhado para transplante de medula óssea. **Discussão:** Este caso ilustra a importância do diagnóstico precoce e a identificação dos fatores prognósticos, como idade > 60 anos, ECOG > 1, aumento DHL e hiperproteínoorraquia. O tratamento requer uma combinação de quimioterapia que contenha metotrexato, além da possibilidade de radioterapia, embora, a neurotoxicidade relacionada a essa terapia seja um obstáculo para ampla utilização, principalmente em pacientes jovens. O transplante de medula óssea pode levar a uma resposta completa. **Conclusão:** O diagnóstico precoce e tratamento imediato são cruciais para o sucesso no linfoma primário de sistema nervoso central. A análise detalhada dos fatores prognósticos e a escolha criteriosa do tratamento são fundamentais para obter melhores resultados. Relatos de casos como este são valiosos para aprimorar o conhecimento e desenvolver novas estratégias terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.469>

RELATO DE CASO: LINFOMA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS T COM COMPROMETIMENTO MEDULAR E APRESENTAÇÃO EM SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR

LM Lorenzini^a, GCL Bellini^a, E Thomé^a,
GS Schramm^a, AC Molon^a, FL Silva^b,
HU Pedroso^{a,b}

^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

^b Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O linfoma linfoblástico de células T (LLT) surge de linfoblastos T precursores em vários estágios de diferenciação, ocorrendo mais frequentemente no final da infância, adolescência e início da idade adulta, com predominância

masculina de 2:1. Pacientes podem apresentar linfadenopatia cervical, supraclavicular, axilar, ou massa mediastinal. **Objetivo:** Relatar um caso de linfoma linfoblástico de células T com comprometimento medular e mediastinal e apresentação em síndrome da veia cava superior. **Relato de caso:** Paciente masculino, 5 anos, procurou atendimento devido a quadro de tosse, evoluindo para disfunção respiratória. Realizada tomografia, revelou formação expansiva no mediastino ântero-superior direito, medindo 10,3 × 5,1 × 6,5 cm, em contato com a artéria pulmonar direita. Necessária intubação e posteriormente traqueostomia. A biópsia confirmou linfoma linfoblástico de células T. Iniciou-se indução conforme protocolo BFM ALL 2009. A nova tomografia mostrou trombose venosa na veia jugular superficial esquerda e veia ázigos. Após 11 dias de indução, a massa foi reduzida para 7,1 × 6,1 × 3,4 cm e as trombozes foram resolvidas. Contudo, angiotomografia revelou trombose na confluência das veias jugular interna e subclávia esquerda e redução de calibre da veia braquiocefálica esquerda. A veia cava superior também apresentou trombose. O tratamento continuou com anticoagulação e seguimento do protocolo de quimioterapia com bloco IB. A avaliação da remissão se deu por não haver mais tecido doente, apesar do tamanho da massa após intensificação, contudo, o paciente ainda apresentava repercussão pela compressão, por isso, foi realizada a remoção cirúrgica da massa. O paciente foi considerado em remissão e seguiu protocolo de quimioterapia. **Discussão:** A apresentação inicial de LLT com síndrome da veia cava superior é rara, representando cerca de 3% dos casos. O tratamento seguiu o protocolo BFM ALL 2009, iniciando com prednisona e poliquimioterapia. Durante o tratamento, o paciente desenvolveu complicações tromboembólicas, destacando a importância da vigilância precoce nos casos em que há compressão vascular significativa. Apesar das complicações, houve resposta inicial ao tratamento com redução parcial da massa mediastinal, além de resolução das trombozes venosas após ajustes terapêuticos. Mesmo com remissão da doença, o paciente necessitou de cirurgia devido a repercussões hemodinâmicas e ventilatórias da compressão da massa necrótica residual. **Conclusão:** Este caso destaca a complexidade do manejo clínico do linfoma linfoblástico de células T que se apresenta com síndrome da veia cava superior em um paciente pediátrico. A confirmação diagnóstica rápida, o início imediato do tratamento com quimioterapia intensiva e a conduta cirúrgica com a realização de traqueostomia foram cruciais para controlar a doença e mitigar complicações graves. Ajustes terapêuticos permitiram uma resposta inicial positiva, sublinhando a importância da vigilância contínua e adaptação do plano terapêutico para otimizar os resultados clínicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.470>

LINFOMA PLASMABLÁSTICO EM PACIENTE NÃO INFECTADO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO

PBT Ernesto^a, JIOD Santos^a, LEL Leite^a,
WAPA Júnior^a, RIN Rocha^a, RA Assis^a,
JO Vieira^b, CWBC Pires^b, MFH Costa^b