

computadorizada e ressonância magnética para o diagnóstico adequado, cujas informações são úteis para decidir a maneira mais eficaz do tratamento. Uma vez que o processo terapêutico deverá, sempre que possível, ser individualizado. Portanto, deve-se atentar ao subtipo uma vez que o paciente fica exposto aos efeitos colaterais do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.391>

390

LINFOMA ÓSSEO PRIMÁRIO: RELATO DE CASO

H.C. Fonseca, A.C.C. Souza, M.C. Almeida, G.D. Cavalcanti, J.A.S. Filho, A.F.C. Júnior

Hospital Central Coronel Pedro Germano, Natal, RN, Brasil

Introdução: Os linfomas constituem um grupo heterogêneo de doenças linfoproliferativas, cujo cerne fisiopatológico é uma célula neoplásica que sofre expansão clonal, formando então o tumor, o qual infiltra as estruturas linfoides e por conseguinte migra para tecidos extranodais. Tais entidades nosológicas dividem-se em linfoma de Hodgkin (LH) e não-Hodgkin (LNH), sendo o linfoma ósseo um subtipo raro do LNH, no qual o osso é o sítio primário do tumor - em contraponto ao acometimento nodal clássico. Apresenta-se como lesões ósseas destrutivas, solitárias ou múltiplas, e representa menos de 2% de todos os linfomas em adultos. **Objetivo:** Este trabalho objetiva relatar um caso de linfoma ósseo primário, sob a forma de lombalgia incapacitante, trazendo à tona a discussão sobre o seu diagnóstico e terapêutica. **Relato de caso:** Mulher, 57 anos, relata dor lombar há 1 ano, moderada, diária, progressiva, contínua, com melhora parcial após uso de opioide fraco. Há 06 meses, refere piora do quadro algico, evoluindo para lombociatalgia de forte intensidade, que persiste até a admissão. Ao exame físico: hipocorada, força grau III em membro inferior direito e grau II em esquerdo. Trouxe exames: hemoglobina = 9.5; volume corpuscular médio= 93.8; leucócitos= 12.200. Para investigação, realizado mielograma, o qual revelou predomínio linfocitário compatível com linfoma não-Hodgkin. A tomografia computadorizada de abdômen evidenciou lesões líticas em gradil costal, quadril e fêmures, notando-se fratura em colo femoral esquerdo, com desalinhamento cranial. Constatou-se a ausência de linfonodomegalias, firmando então o diagnóstico de linfoma ósseo primário. Paciente evoluiu estável, sendo instituída quimioterapia, composta por ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (esquema CHOP). Prescrito sulfametoxazol + trimetropim 1,6 g/dia + 320 mg/dia como profilaxia para pneumocistose. **Conclusão:** O linfoma ósseo primário é uma doença rara e ainda carece de evidências científicas robustas a seu respeito. No contexto de dor óssea, outros possíveis diagnósticos mais comuns são elencados previamente, a exemplo das doenças inflamatórias, sobrecarga mecânica, acometimento neoplásico secundário e, por fim, doença neoplásica primária. Entretanto, ressalta-se a necessidade e a importância de reconhecer essa patologia, pois apesar de os dados serem limitados, os resultados clínicos são mais

favoráveis em relação aos linfomas não ósseos de histologia comparável.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.392>

391

LINFOMA PRIMÁRIO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PACIENTES IMUNOCOMPETENTES: SÉRIE DE CASOS

G. Cattani, A.D. Ferrazza, B.C. Boeira, E.W. Silva, F.M. Aguiar, A.B. Florian, E.D.R. Vial, M.M. Silva, V.P.D. Badzinski, G.R. Bosi

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

Introdução: O linfoma primário de sistema nervoso central (LPSNC) é uma variante incomum de um Linfoma não-Hodgkin (LNH) que pode acometer cérebro, leptomeninges, olhos e medula espinhal sem evidência de doença nodal sistêmica. Representa 4% dos tumores de sistema nervoso central (SNC) e tem como principal fator de risco a imunossupressão. **Objetivo:** Relatar três casos de LPSNC em imunocompetentes. **Relatos de caso:** Caso 1: masculino, 65 anos, iniciou com alucinações visuais, amaurose, parestesias pelo corpo e afasia. Exame de imagem mostrou lesão expansiva em lobo occipital esquerdo. Imunohistoquímica confirmou Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB). Realizou quimioterapia com Metotrexate (MTX) (5 g/m²) e Rituximabe. Após primeiro ciclo evoluiu com perda de função renal, descontinuando tratamento. Foi submetido à radioterapia, com resposta completa, assintomático há 8 meses. Caso 2: masculino, 44 anos, apresentou desequilíbrio, rebaixamento do sensório e nistagmo. Exame de imagem indicou lesões expansivas em fossa posterior com compressão do quarto ventrículo, tronco cerebral e hidrocefalia supratentorial. Histopatologia confirmou LDGCB. Foi submetido à ressecção parcial da lesão, derivação ventricular externa e tratamento com MTX (5 g/m²). Após dois ciclos, evoluiu bem clínica e neurologicamente. Caso 3: feminina, 65 anos, com histórico de lesão granulomatosa biopsiada em SNC há 2 anos, em remissão com corticoterapia. No entanto, iniciou com quadro de cefaleia intensa. Realizou novo histopatológico que confirmou LDGCB. Exame de imagem com lesão infiltrativa fronto-parietal à direita nos giros pré e pós-central, edema e áreas frias compatíveis com neoangiogênese. Iniciou Rituximabe e MTX (5 g/m²), necessitando redução da dose de MTX por conta de neutropenia febril e mucosite grau 4. Teve boa evolução e tolerância, atingindo remissão completa. Todos os casos estão em seguimento, foram submetidos à estadiamento sistêmico sem alterações, e sorologia para HIV, que foi negativa. **Discussão:** O LPSNC afeta principalmente imunossupressos, porém registros sugerem um aumento dos casos em imunocompetentes, especialmente após os 60 anos. Sintomas B são raros, sendo comuns déficits focais, alterações intraoculares, mudanças de personalidade, cefaleia e letargia. Devido à dificuldade de penetração no SNC, as terapias convencionalmente usadas para o tratamento de LNH não são úteis na vigência de doença primária do SNC. Por outro lado, a passagem do MTX para o SNC é dose-dependente, tornando-o

