

existe infiltração da medula óssea. Caracteriza-se patologicamente por derivar de células B ativadas que perdem a expressão de marcadores B e começam a adquirir marcadores de plasmócitos, além de frequentemente apresentar rearranjos do gene MYC e infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV). **Descrição de caso:** Homem, 40 anos, previamente portador de esquizofrenia e em situação de rua, admitido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – em julho de 2020 para início de tratamento de infecção pelo HIV, com diagnóstico em novembro de 2019. Na admissão, apresentava contagem de células CD4 de 46 células/mm³ e dor periodontal. A avaliação da odontologia evidenciou lesão ulcerada e infiltrativa em palato duro, sendo realizada biópsia. A análise anátomo-patológica demonstrou mucosa infiltrada difusamente por neoplasia linfóide de alto grau, construída predominantemente por células grandes, com núcleos pleomórficos e excêntricos, com presença de nucléolos centrais proeminentes e citoplasma escasso. O painel imuno-histoquímico evidenciou positividade para MUM1, Kappa, CD38 e EBV (EBER) e negatividade para CD45, CD34, CD20, CD19, CD79, CD10, PAX-5, CD138, CD56 e lambda. O ki-67 foi positivo em mais de 95% das células. O paciente apresentava lesão única em palato e ausência de infiltração em medula óssea e líquido cefalorraquidiano (estadio I). **Discussão:** Atualmente há cerca de 600 casos descritos na literatura dessa enfermidade, considerando diferentes perfis de pacientes, incluindo portadores de HIV, pós transplante de órgãos sólidos e idosos. Como existe um limitado número de pacientes, ainda não é possível descrever um padrão sobre as manifestações clínicas e achados histopatológicos. Há íntima relação da patogenia do linfoma nos pacientes infectados pelo HIV associado a presença do EBV contribui para caracterização desta patologia e, conseqüente, diagnóstico. É importante ressaltar que a pesquisa pela proteína de membrana latente é frequentemente negativa, sendo detectado apenas com técnicas de detecção de RNA (EBER), como demonstrado no caso. Critérios mínimos para o diagnóstico incluem coloração para CD20, que deve ser negativo, e a presença de marcação para CD38, CD138, EBV, bem como marcação para o Ki67 acima de 60%. No entanto, algumas vezes há desvios desse padrão, podendo dificultar o diagnóstico, como evidenciado no caso com CD138 negativo. **Conclusão:** A descrição patológica relatada é importante para adicionar informações que podem contribuir para a base de dados deste raro linfoma e melhorar padrões diagnósticos futuros. Há poucas descrições patológicas dessa doença, principalmente na América do Sul. Dada a sobreposição de diagnóstico diferencial e a raridade da condição, cada descrição é importante para contribuir e melhorar a capacidade diagnóstica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.407>

406

RELATO DE CASO: RECIDIVA DE LINFOMA DO MANTO NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL



V.L. Pires, M. Tezza, M.B. Rech, G. Cattani, F.M. Aguiar, E.W. Silva, A.D. Ferrazza, B.C. Boeira, G.R. Bosi

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

Introdução: O Linfoma de Células do Manto (LCM) representa 5% dos Linfomas não Hodgkin, acomete principalmente homens, com 60 anos, e possui uma sobrevida média de 4 anos. Sangue, medula óssea e o trato gastrointestinal são os principais sítios de manifestação extralinfonodal, sendo o envolvimento do SNC incomum e observado, em média, 25 meses após o diagnóstico do LCM. **Objetivo:** Descrever o caso de uma recidiva no SNC do LCM. **Relato de caso:** Paciente masculino, 58 anos, internou no hospital por quadro de sudorese noturna e surgimento de linfadenomegalias axilares e cervicais com crescimento importante nos últimos 45 dias. Associado apresentava perda ponderal de 10% do peso inicial e performance status 2. Submetido à biópsia de linfonodo axilar direito que confirma diagnóstico de LCM. Estadiamento com tomografia mostrou presença de linfadenomegalias axilares, sendo a maior de 6,4 x 3,4 cm em axila direita, além de linfadenomegalias próximo ao coxim epicárdico e junto à artéria mamária interna e volumosas linfadenomegalias no retroperitônio, e inguinais algumas vezes confluentes e formando volumosas massas, com até 10 cm. Biópsia de medula confirmou infiltração medular. Realizou tratamento quimioterápico conforme protocolo R-CHOP por 3 ciclos, seguido de 3 ciclos de R-DHAP, associado à profilaxia intratecal. Ao término do tratamento evidenciou-se remissão completa através de PET/CT. Três meses após, dias antes de iniciar mobilização para transplante autólogo, paciente procurou emergência por crises convulsivas parciais, alucinações visuais e afasia de expressão. Realizou ressonância magnética de encéfalo que demonstrou lesão em opérculo frontal direito associada à edema. Avaliado por neurocirurgia que contraindicou biópsia devido ao risco de seqüela com manipulação no local da lesão. Sendo assim, paciente foi julgado como provável recidiva precoce de linfoma do manto em SNC. Evoluiu a óbito dias após, sem tempo hábil para início de tratamento. **Discussão:** A manifestação do LCM no SNC, apesar de incomum, é precedida por algumas variáveis. Sendo as principais a presença de histologia blastoide, sintomas B, LDH elevada e aumento de expressão Ki-67. Além de manifestações neurológicas inespecíficas, presentes neste caso em forma de crises convulsivas, alucinações e afasias de expressão. O estágio de progressão do LCM, a exemplo do nosso paciente que apresentava estágio IV, também influencia nessa manifestação. Ibrutinibe, já utilizado em recaídas de LCM, parece ser uma boa opção no manejo desses pacientes. A sobrevida média desses pacientes é de 3,7 meses. **Conclusão:** O envolvimento do SNC, se presente, ocorre meses após o diagnóstico de LCM. Recaídas ou uma progressão clínica generalizada podem estar associados a esse processo. Logo, a observação de variáveis específicas torna-se indispensável no

acompanhamento desse prognóstico, visando tempo hábil e um suporte adequado multidisciplinar diante de sua sobrevivida reduzida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.408>

407

RELATO DE CASO: TUBERCULOSE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE RECIDIVA DE LINFOMA

C.D. Donadel, C.M.L.B. Monteiro, D.C. Stocco, J.P.L. Silva, M.D. Donadel, P.O.C. Terra, R.M.S. Soares, V. Tomazini, D.V. Clé, L.F.B. Catto

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: As doenças linfoproliferativas crônicas em geral cursam com linfadenomegalia e sintomas B, fazendo diagnóstico diferencial com outras neoplasias, doenças inflamatórias e infecciosas. As diretrizes internacionais atuais recomendam a biópsia excisional do tecido suspeito como método padrão ouro para o diagnóstico dos linfomas. Esse exame permite a avaliação histopatológica e imunohistoquímica, dando um alto nível de especificidade ao diagnóstico. A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) é útil para estadiamento, avaliação de resposta ao tratamento e escolha do melhor sítio para biópsia de uma suspeita de recidiva. **Relato de caso:** Homem, 40 anos, com diagnóstico de Linfoma não Hodgkin Primário de Mediastino, estadiamento IV, com massa mediastinal de 13,5 cm x 13,5 cm x 10 cm em íntimo contato com estruturas vasculares, traqueia e pericárdio. Realizou VI R-DAEPOCH com estadiamento em final de tratamento com PET-CT sugestivo de progressão de doença em L4 e L5. Realizou novo tratamento quimioterápico com IV ciclos de metotrexate, ifosfamida e MADIT seguido de radioterapia local. Novo PET-CT sugestivo de doença em atividade pulmonar e óssea, sendo iniciado terceira linha de tratamento com CODOX-M-IVAC, interrompido após I ciclo por mucosite grau 3. Optado por tratamento paliativo em ambulatório de dor. Encaminhado ao nosso serviço com queixa de dor refratária a opióides e em busca de nova linha de tratamento. Referia perda ponderal de 12kg e dispneia aos esforços. Solicitado revisão de biópsia do diagnóstico, novas tomografias e nova biópsia para confirmação de recaída. A revisão de biópsia da lesão mediastinal inicial evidenciou neoplasia linfóide de padrão difuso, constituída por células de tamanho intermediário, com núcleos ovalados, contendo cromatina fina, sem nucléolos evidentes, e citoplasmas eosinofílicos ou pálidos. O estudo imuno-histoquímico evidenciou positividade das células neoplásicas para CD19, CD20, CD23, BCL-2, BCL-6, MUM-1, c-Myc e negatividade para CD5, CD10, CD30, CD34, TdT, ciclina D1 e SOX-11 com Ki-67 de aproximadamente 25%, compatível com a hipótese diagnóstica inicial. Os achados tomográficos foram sugestivos de espondilodiscite infecciosa nos níveis L3-L4 e L5-S1, associado a abscessos nos ilíopsoas, além de opacidades pulmonares sugestivas de processo infeccioso granulomatoso em atividade e massa em mediastino anterior compatível com tumor residual. Diante disso,

paciente foi submetido a teste rápido molecular para tuberculose (TB-TRM) de escarro e coleção de ilíopsoas com resultado positivo. A biópsia da lesão em coluna lombar não evidenciou sinais de malignidade; contudo, demonstrou TB-TRM positivo, baciloscopia e cultura para tuberculose positivas. Confirmado diagnóstico de tuberculose e iniciado tratamento segundo esquema RIPE. Paciente evoluiu com melhora da dor e do estado geral, atualmente em seguimento ambulatorial com hematologia e infectologia. **Discussão:** A recaída de neoplasias linfóides é situação frequente na Hematologia e deve ser conduzida de maneira metódica. O PET-CT é muito útil para avaliação de resposta, porém não consegue diferenciar processos inflamatórios/infecciosos de neoplasia em atividade. Portanto, conforme demonstrado no caso acima, não se deve assumir que uma lesão captante ao PET-CT seja de origem neoplásica ou que seja do mesmo tipo histológico que a lesão inicial, fazendo-se sempre necessária a biópsia para confirmação de recidiva antes de qualquer conduta terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.409>

408

SÍNDROME STROKE-SÍMILE SECUNDÁRIA À INFUSÃO DE METOTREXATO INTRATECAL EM PACIENTE PORTADOR DE LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: RELATO DE CASO

G.G.M. Lima^a, G.C. Barreto^a, R.C.B. Melo^{a,b}, L.L. Perruso^a, L.A.C. Lage^{a,b}, J. Pereira^{a,b}, V.G. Rocha^{a,b}

^a Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^b Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relatar caso de paciente portador de linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LDGCB) que apresentou quadro agudo de afasia transitória associada a leucoencefalopatia após terapia intratecal com metotrexato (MTX), e realizar revisão de literatura acerca do tema. **Métodos:** Foi realizada busca ativa em prontuário eletrônico para aquisição de dados necessários ao relato. **Relato:** Homem de 33 anos, em seguimento no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), com diagnóstico de LDGCB, subtipo centro germinativo desde Março de 2020, estadiado IVXB de Ann Arbor/Costwolds (IV: acometimento hepático), R-IP1 ruim (3 pontos) e CNS-IP1 de risco intermediário, com programação de realização de terapia de primeira linha com esquema R-CHOP em 6 ciclos e profilaxia de acometimento de sistema nervoso central com MTX intratecal na dose de 12 mg nos quatro primeiros ciclos. Paciente deu entrada no pronto socorro do serviço no D18 do quarto ciclo de R-CHOP e 12 dias após a quarta infusão intratecal de MTX com quadro agudo de afasia e incoordenação motora, sendo aventada a hipótese de acidente vascular encefálico ou progressão da doença de base para sistema nervoso central. Paciente