

^a Hospital São Francisco, Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Centro Universitário Barão de Mauá (CBM),
Ribeirão Preto, SP, Brasil

^c Faculdade Faceres, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Linfomas Cutâneos Primários são a designação dada aos linfomas que se manifestam com lesões cutâneas e sem evidência de envolvimento extracutâneo ao diagnóstico. São um grupo heterogêneo de patologias, constituído no mundo ocidental por cerca de 75% de linfomas de células T e cerca de 25% de linfomas de células B. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer – INCA, a incidência de Linfomas não-Hodgkin no Brasil é de cerca de 12.030 casos/ano, com incidência por gênero de 6,21 casos nos homens e 5,07 nas mulheres para 100.000 habitantes. Estima-se que os Linfomas Cutâneos Primários representem cerca de 3,9% de todos os casos de Linfomas não-Hodgkin, o que baseados nos dados do INCA, representariam cerca de 469 casos novos/ano, sendo 352 casos de células T e 117 casos de células B. Este relato se refere a ALMF, 44 anos, gênero feminino, que apresentava quadro de lesão expansiva em couro cabeludo há cerca de 2 anos. Esta lesão era pequena e inicialmente única, evoluindo de forma lenta, porém contínua, com aumento de tamanho quanto e do número de lesões. A paciente negava a presença de sintomas constitucionais. Após algumas avaliações médicas, tanto por clínicos gerais quanto por dermatologistas, a paciente foi submetida a biópsia da lesão. O resultado do Anátomo Patológico era sugestivo de Linfoma não-Hodgkin. O estudo Imunohistoquímico demonstrava negatividade para CD3/4/5/7/8/23/68/BCL2/Ciclina D1 e MUM1 e positividade para CD10/20/BCL6. A positividade do Ki67 era de 50%. No estadiamento clínico a paciente apresentava Desidrogenase Láctica, Beta 2 Microglobulina, Albumina, sorologias para Hepatites B e C, HIV e HTLV negativas. A sorologia para Epstein Baar era negativa para IgM e positiva para IgG. O Pet Scan demonstrou a presença de áreas captantes de até 7,2 cm exclusivamente no tecido subcutâneo das regiões frontoparietais bilateralmente. Segundo a revisão de 2018 da WHO-EORTC 2018, os Linfomas Cutâneos Primários do Tipo B são classificados em 3 subtipos: Linfoma Cutâneo Primário Centro Folicular, Linfoma Cutâneo Primário Difuso de Grandes Células B, tipo perna e Linfoma Cutâneo Primário de Zona Marginal. Neste caso se tratava de um caso de Linfoma Cutâneo Primário Centro Folicular. Esta apresentação representa cerca de 12% dos casos de Linfomas Cutâneos Primários. Apresenta comportamento Indolente, sendo tratado habitualmente com radioterapia. Apresenta sobrevida livre de doença de cerca de 96% em 5 anos. Nesta paciente, devido ao volume de doença apresentado, foi optado pela associação de quimio-imunoterapia. Foram realizados 6 ciclos de R-CHOP, os quais transcorreram sem ocorrência de toxicidade importante. Ao final, o Pet Scan foi repetido e demonstrou a Remissão Metabólica Completa. Embora bem menos comuns que os Linfomas Cutâneos Primários de células T, os Linfomas Cutâneos Primários de células B são uma apresentação que não devem ser ignoradas. Especialmente nos casos avançados como o aqui descrito, dada a importância da associação do anti-CD20 ao tratamento quimioterápico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.146>

LINFOMA PLASMABLÁSTICO EM PACIENTE COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – UM RELATO DE CASO



AB Godoi, B Veroneze, MEB Abreu, G Campos,
M Kozonoe, GMS Quadros, JSH Farias

Hospital Erasto Gaertner (HEG), Curitiba, PR, Brasil

Linfoma plasmablástico é um subtipo incomum de linfoma não Hodgkin, caracterizado por um curso clínico agressivo e mais frequentemente diagnosticado em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana. O local de acometimento mais descrito nessa população é a cavidade oro-nasal e o trato digestivo. Também pode acometer indivíduos com outros tipos de imunodeficiência e surgir em sítios extra-orais. Pode ser associado ainda com infecção por EBV. Seu diagnóstico é desafiador devido à sobreposição de características de linfoma de alto grau e malignidades de células plasmáticas. Define-se pela proliferação difusa de grandes células neoplásicas que se assemelham a imunoblastos B ou plasmablastos, com CD 20 negativo e fenótipo plasmocítico. Paciente de 59 anos, sexo masculino, negro, mora sozinho e não tem familiares próximos. Ex-tabagista, apresenta déficit cognitivo moderado e periodontite com necessidade de exodontia, sem outras comorbidades conhecidas. Mãe e sobrinha falecidas por neoplasia, que não soube especificar. Relatou 2 meses de evolução de lesão em cavidade oral e emagrecimento de 5 kgs. Estava hipocorado (anemia com HB 9,9), emagrecido e apresentava lesão hiperemmiada e invasiva de todo palato duro, com edema em região maxilar esquerda. Sorologia HIV foi reagente (carga viral de 136.411 e CD4 218) e iniciou TARV. Lesão foi biopsiada e diagnosticou-se Linfoma Plasmablástico: mucosa oral com neoplasia maligna indiferenciada de alto grau, ulcerada e infiltrativa. Imunohistoquímica com BCL2 positivo multifocal, CD3 policlonal, CK7, CK20 e CK34bE12 negativos, CD 20 negativo, ALK negativo, S100 negativo, Ki67 80%, MUM1, EMA e CD 138 positivos, CD10, PAX5, CD30, Tdt e BCL6 negativos. Apresentava estadiamento IV de Ann Arbor, com PET/CT mostrando lesão expansiva (10 X 7 x 5 cm e SUV 37) em palato até cavidade nasal e tonsila palatina, com invasão e erosão óssea nos seios maxilares, linfonodopatia e discreta hepatomegalia. Foi iniciado tratamento com CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona), considerando tratar-se de paciente idoso, com condição cognitiva e social ruins, que impediam esquema mais intensivo. Paciente apresentou remissão da lesão após o segundo ciclo e segue em quimioterapia. Não há um regime de tratamento bem estabelecido na prática atual. Segundo a OMS, 75 % dos linfomas plasmablásticos em paciente HIV são diagnosticados já em estágio III ou IV e o prognóstico geralmente é reservado, com sobrevida entre 6 a 11 meses, devido à frequente refratariedade à quimioterapia e recaídas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.147>

LINFOMA PRIMÁRIO DE CEREBELO PÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE EPSTEIN BARR POSITIVO: RELATO DE CASO



MP César^a, MCG Silva^a, VMA Bandeira^a,
AQMS Aroucha^a, ACC Lopes^a, JO Vieira^a,
MFH Costa^{a,b}

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Linfomas Primários de Sistema Nervoso Central (LPSNC) são neoplasias raras, com origem em linfócitos B CD20 positivos. Representam cerca de 7-14% das neoplasias pós transplante de órgãos sólidos, estando o vírus Epstein Barr (EBV) e o estado de imunossupressão crônica bem estabelecidos como fatores de risco independentes. Tomografia Computadorizada (TC), Ressonância Magnética (RM) e PET-CT são exames de imagem utilizados para avaliação imaginológica, porém o diagnóstico definitivo deve ser feito com anatomopatológico. O tratamento de escolha baseia-se na redução ou suspensão de imunossupressores, uso de Metotrexate (MTX) em altas doses em associação ou não a radioterapia. **Objetivo:** Descrever o quadro clínico, o diagnóstico e o desfecho de um paciente com Linfoma Não Hodgkin B pós transplante hepático EBV positivo. **Materiais e métodos:** Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada análise de prontuário, revisão de literatura para relato de caso e discussão de caso clínico. **Relato do caso:** Masculino 63 anos, com passado de transplante hepático em 2017 por doença hepática alcoólica e hepatite C, em vigência de micofenolato 360 mg 2x ao dia e sirolimus 5 mg 1x ao dia, evoluiu com quadro de cefaleia em região occipital, associado a ataxia e discreta afasia há aproximadamente 02 meses, o que levou a solicitação de cintilografia cerebral com SESTAMIBI-TC, que evidenciou lesões expansivas no lobo parietal esquerdo e hemisfério cerebelar direito, com importante edema perilesional. Realizada biópsia da lesão, com laudo histopatológico compatível com Linfoma de células B, e imunofenotipagem evidenciando marcador CD20 positivo. Sorologias de estadiamento evidenciaram presença de DNA viral de EBV na ordem de 366.793 log, o que motivou o início de tratamento com Ganciclovir venoso na dose de 300 mg/dia. **Discussão:** O (LPSNC) é uma neoplasia com elevada associação com EBV e imunossupressão, comum nos pacientes receptores de transplantes de órgãos sólidos. A terapêutica mais eficaz no manejo deste subtipo de linfoma é a suspensão ou redução da imunossupressão vigente, podendo ser utilizados esquemas com altas doses de MTX ou radioterapia local. No paciente em questão, foi optado pela suspensão dos dois imunossupressores, além de início de radioterapia, já que a função hepática é para tratamento com doses adequadas de MTX. Outras opções terapêuticas seriam o Interferon e os Anticorpos monoclonais anti marcadores de células B, como rituximabe. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial, em programação para início de tratamento radioterápico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.148>

LINFOMA PRIMÁRIO DE OSSO TEMPORAL: RARO CASO NA LITERATURA

FM Carlotto ^a, NB Corrêa ^a, C Zanotelli ^b,
D Weber ^b



^a Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil

^b Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo Fundo, RS, Brasil

Introdução: Os linfomas são um conjunto de doenças linfoproliferativas variadas, tradicionalmente divididas em Linfoma de Hodgkin (LH) e Linfomas Não Hodgkin (LNH). Os LNH podem acometer sítios extra nodais em 30% dos casos, e o acometimento do osso temporal representa menos de 0,2% de todos os tumores de cabeça e pescoço. Relatamos um caso de um paciente diagnosticado com Linfoma Não Hodgkin na região do osso temporal, assim como seu diagnóstico e tratamento. **Relato do caso:** Homem, 53 anos, previamente hígido, procurou atendimento em setembro de 2019 com quadro de otalgia associada a paralisia facial direita há 12 dias. Ao exame físico, paralisia facial direita. Tomografia Computadorizada (TC) de crânio e cervical demonstrou lesão expansiva de 3,8 por 2,3 cm nos maiores eixos, de contornos mal definidos que se iniciava no conduto auditivo externo direito, se estendia até a orelha média, e tinha íntimo contato com o seio sigmoide à direita. Realizada mastoidectomia radical para ressecção do tumor. Análise de líquido sem população clonal. Imunohistoquímica da lesão do conduto auditivo sugestiva de Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LNHDGCB). Como ausência de infiltração meníngea ou lesões em SNC, foi optada pela realização de protocolo quimioterápico R-CHOP por 6 ciclos e metotrexato sistêmico profilático. Paciente evoluiu bem no decorrer do tratamento, porém ressonância magnética de controle pós término da quimioterapia evidenciou permanência da lesão na mastoide apesar da redução nas suas dimensões. Seguiu tratamento com 20 sessões de radioterapia, para complementação terapêutica. Após término da radioterapia, a lesão na mastoide direita permaneceu inalterada. Assim, realizada nova biópsia em novembro de 2020, sem evidência de neoplasia. Em fevereiro de 2021, paciente procurou serviço de emergência com cefaleia de difícil controle e dor óssea, principalmente em arcos costais. TC com aumento importante da lesão em mastoide direita e múltiplas lesões líticas em calota craniana, arcos costais, clavícula, úmero proximal, escápula, pelve e fêmur proximal, além do surgimento de adenomegalias cervicais e axilares. Imunofenotipagem de líquido sugestiva de doença linfoproliferativa de linhagem B. Iniciado tratamento quimioterápico com protocolo HyperCVAD ciclo B, associado a quimioterapia intratecal. Entretanto, paciente com piora clínica dias após início da quimioterapia, evoluindo com pancitopenia severa, perda performance status e dor óssea intratável. Paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória e óbito poucos dias após a admissão hospitalar. **Discussão:** Os linfomas constituem 10% dos tumores de cabeça e pescoço. Os locais mais comuns de envolvimento extra nodal são o estômago e o trato gastrointestinal; no entanto, o linfoma pode se apresentar em qualquer tipo de tecido. O envolvimento ósseo compreende 1-2% dos casos; de forma que o envolvimento de osso temporal é extremamente raro, com poucos casos relatados na literatura. Conforme revisão de base de dados no MEDLINE realizada foram identificados 9