

com total recuperação ponderal e resolução da sintomatologia. Nova endoscopia em 05/2022 com *H. Pylori* negativa, mas ainda com lesões compatíveis cm linfoma gástrico. Exames iniciais: Hb: 16,8; leucócitos: 5400/mm³, com diferencial normal; plaquetas: 254000/mm³, ácido úrico: 5,0mg/dL; DHL: 264 mg/dL; beta 2 macroglobulina: 2040 mg/dL e albumina 4,3 g/dL. Solicitado PET, mas resultado ainda não foi disponibilizado. **Discussão:** Dado o relato de caso acima, constata-se que apenas o uso dos antibióticos levou à erradicação da *H. pylori* e à melhora clínica, mesmo que o tumor não tenha sido eliminado (segunda a literatura, pode demorar até 1 ano para regredir após resultado negativo da bactéria). Havendo doença disseminada e comprometimento sistêmico, o tratamento deve ser feito com quimioterapia e, quando não há resposta ao tratamento com antibiótico, pode ser feita radioterapia local. No caso em questão, aguardamos o PET para saber se é localizado ou sistêmico para determinar se haverá necessidade de tratamento complementar com quimioterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.169>

LINFOMA DE BURKITT PRIMÁRIO DA TIREÓIDE: RELATO DE CASO

MHFP Silva, WGG Fischer, AM Carvalho,
IA Pessoa, MB Catto, PR Fonseca, AS Lima

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

Material e métodos: As informações deste trabalho foram obtidas por meio de revisão de prontuário e revisão da literatura. **Relato:** Paciente sexo feminino, 68 anos, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo, foi encaminhada devido quadro de tosse produtiva e confusão mental há 3 dias, associado a aumento progressivo de massa em topografia de tireoide, linfadenomegalia generalizada, perda ponderal, febre diária e epigastria há 1 mês da admissão. Ao exame físico, observado hepatoesplenomegalia e massa palpável em topografia cervical. Complementada avaliação, com exames de imagem, sendo inicialmente descritas em tomografia de abdome, múltiplos nódulos hepáticos e esplênicos, suspeitos para neoplasia e em tomografia de pescoço, bócio multinodular da tireoide. Optado na ocasião por realizar biópsia hepática pela equipe de radiologia intervencionista, que ocorreu sem intercorrências. Durante período de processamento de material, paciente evoluiu com sinais de obstrução de vias aéreas, sendo indicada traqueostomia transtumoral, coletado portanto, fragmento de tecido durante o procedimento. Como resultado de anatomopatológico, evidenciou-se em ambos fragmentos neoplasia maligna, pouco diferenciada de origem linfóide, com células de tamanho intermediário, sendo positivo para CD10, CD20, MUM1, PAX-5, EBV e negativo para CD30. Ki67 de 100%. Quadro morfológico e imunohistoquímico compatível com linfoma de Burkitt. Consideradas as possibilidades terapêuticas, bem como perfil da paciente, optado por iniciar tratamento com R-DA-EPOCH. **Discussão:** o linfoma primário da tireoide é uma neoplasia rara, sendo em

sua maioria originária de linfócitos B, apresentando importante associação com a tireoidite de Hashimoto, sendo relatada, por vezes, até 30 anos previamente ao diagnóstico do linfoma. O tipo mais frequente é o Linfoma Difuso de Grandes Células B, entretanto, estão descritos casos de linfoma MALT e linfoma de Burkitt. O diagnóstico deve ser suscitado em paciente com histórico de tireoidite de Hashimoto e crescimento rápido de massa em topografia cervical. Confirma-se com biópsia, sendo o tratamento realizado de acordo com o subtipo. **Conclusão:** linfomas primários da tireoide são raros, mas devem fazer parte do diagnóstico diferencial de neoplasias da glândula, principalmente em paciente com história de tireoidite de Hashimoto e com bócio de crescimento rápido.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.170>

COMPARAÇÃO DE TÉCNICAS PARA AVALIAÇÃO DE COMPROMETIMENTO MEDULAR POR LINFOMAS B AGRESSIVOS NO ESTADIAMENTO AO DIAGNÓSTICO

IBR Filgueiras, GBD Amarante, GBO Duarte,
LL Freitas, CD Ramos, FG Porto, CC Barbosa,
CS Silva, EPS Silva, IGH Lorand-Metze

Centro de Hematologia e Hemoterapia
(Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas
(UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Comparar a sensibilidade das técnicas utilizadas para avaliação de acometimento da medula óssea em linfomas B agressivos no estadiamento ao diagnóstico; considerando como padrão-ouro a biópsia de medula óssea (BMO) e comparando com os resultados da citometria de fluxo (CF) realizada com painel de triagem de 8 cores, com a porcentagem de linfócitos na medula óssea e com o PET-CT. **Material e métodos:** Trata-se de estudo prospectivo com pacientes com linfomas B agressivos virgens de tratamento e sem outra neoplasia prévia ou concomitante em acompanhamento no Hemocentro da UNICAMP entre janeiro de 2021 e junho de 2022. Foram coletados dados referentes ao estadiamento ao diagnóstico, sendo estratificados conforme Índice Internacional de Prognóstico Revisado (R-IPI). Além disso, os pacientes foram submetidos a estudo medular, incluindo citologia, citometria de fluxo e biópsia de medula óssea, e a PET-CT. **Resultados:** 32 pacientes, 13 mulheres e 19 homens, com diagnóstico recente de linfoma B agressivo foram analisados, sendo 28 com Linfoma Difuso de Grandes Células B e 4 com Linfoma de Células do Manto. A mediana de idade foi de 60 anos (22 – 83 anos). Quanto à estratificação conforme o R-IPI, foram 3 pacientes com muito bom prognóstico, 15 com bom prognóstico e 14 com prognóstico ruim. Comparando o resultado da BMO e da CF, 21 casos foram negativos e 6 positivos para ambos os métodos para acometimento medular por linfoma. A biópsia conseguiu detectar a infiltração por imunohistoquímica na maioria dos casos. Houve discordância em 5 casos, sendo 2 com CF positiva e BMO negativa e 3 com BMO positiva e CF negativa. Em comparação ao PET-CT, apenas um paciente com BMO positiva teve resultado concordante com o exame de imagem e com a CF; e outro paciente apresentou

evidência de acometimento medular pelo PET-CT e pela CF, mas com BMO negativa. Em relação ao mielograma, não houve correlação entre a porcentagem de linfócitos encontrados na citologia e a porcentagem de células clonais evidenciadas na CF ($r=0,41$; $p=0,2$). **Discussão:** Diferentemente do que ocorre com o Linfoma de Hodgkin, o PET-CT não teve sensibilidade em detectar acometimento medular nos linfomas B agressivos, sendo indispensável a punção medular. Os resultados do presente estudo, embora com uma amostra pequena, sugerem que a BMO, principalmente com a imunohistoquímica, e a CF podem ser utilizadas de modo complementar para a avaliação do comprometimento da medula óssea por linfomas B agressivos; tornando-se um melhor indicador prognóstico quando comparados a cada exame isoladamente e às demais técnicas de avaliação de comprometimento medular, como citologia e PET-CT. **Conclusão:** Esse estudo, portanto, demonstra a relevância de se utilizar técnicas acuradas para avaliação da infiltração medular por linfoma B agressivo; evidenciando a necessidade da análise da biópsia de medula óssea com imunohistoquímica e da citometria de fluxo para adequada avaliação de acometimento da medula óssea por linfoma; não sendo possível, assim, substituir o estudo medular pelo PET-CT. A CF pode inclusive ser utilizada para acompanhar o resultado do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.171>

LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B COM ACOMETIMENTO DE CAUDA EQUINA: UM RELATO DE CASO

T Callai, EW Corrêa, AA Hofmann, XPH Condori, ET Calvache, V Predebon, VR Siqueira, CK Weber, DH Catelli, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivo: O envolvimento secundário do sistema nervoso central no linfoma não Hodgkin (LNH) é raro e com prognóstico reservado. Embora possa ocorrer em qualquer parte do sistema nervoso central, raramente se infiltra diretamente na medula espinhal ou na cauda equina. Relatamos um caso de LNH com acometimento de cauda equina em um paciente idoso que apresentou distúrbio neurológico súbito. **Material e métodos:** Trata-se do relato de um caso de paciente portador de linfoma não hodgkin de grandes células B com progressão de doença para cauda equina, atendido em Hospital terciário no sul do Brasil. **Relato de caso:** Paciente masculino, 75 anos, portador de linfoma de grandes células B do tipo Centro germinativo de risco intermediário de acordo com o internacional prognostic index, diagnosticado em fevereiro de 2022 por biópsia de linfonodo mediastinal, tendo realizado 6 ciclos do esquema quimioterápico RCHOP, com PET CT lugano 2 pós segundo ciclo. Após 15 dias do último ciclo de quimioterapia, o paciente procurou o departamento de emergência por hemiparesia em membros inferiores bilateralmente, associada a dor e parestesia progressivas, além de constipação e incontinência urinária. Paciente foi submetido a ressonância magnética de neuroeixo, que evidenciou espessamento e

realce intratecal pelo meio de contraste das raízes da cauda equina, inespecífico ao exame de imagem. Realizada punção lombar, com imunofenotipagem de líquido compatível com envolvimento por linfoma de grandes células B CD10+. Tendo em vista idade, comorbidades, performance, status do paciente, além de prognóstico de doença, optou-se pela realização de radioterapia local paliativa, com alívio dos sintomas de parestesia e dor, sem retorno da continência esfinteriana e possibilidade de deambulação. **Discussão:** O sistema nervoso central, em particular a medula espinhal, é um local raro para ocorrência de linfoma primário e secundário, representando 1-6% de todos os casos de linfoma não-Hodgkin. A prevalência de linfoma da cauda equina é desconhecida, mas provavelmente ainda mais rara. O tipo patológico mais comum associado é o linfoma difuso de células B grandes (DLBCL). O diagnóstico de linfoma da cauda equina é difícil, pois pode simular outras doenças mais comuns, como hérnia de disco, especialmente em seus estágios iniciais. O exame da coluna vertebral com ressonância magnética é recomendado e o exame do líquido cefalorraquidiano com imunofenotipagem pode efetuar o diagnóstico final. Uma vez realizado o diagnóstico do envolvimento do sistema nervoso central, existem várias opções de tratamento disponíveis, incluindo radioterapia local, quimioterapia sistêmica de alta dose, corticoterapia, quimioterapia intratecal (IT) e transplante de células-tronco alogênicas, cada modalidade apresenta efeitos colaterais que podem limitar seu uso. **Conclusão:** O linfoma não hodgkin com acometimento de cauda equina é uma doença rara, com prognóstico reservado. O tratamento baseado em radioterapia é inicialmente eficaz; no entanto, a resposta é geralmente de curta duração com taxas medianas de sobrevivência variando de 10 a 18 meses. O paciente relatado apresentou controle parcial dos sintomas com radioterapia local, método de tratamento escolhido tendo em vista condições clínicas do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.172>

LINFOMA T HEPATOESPLÊNICO: CASO CLÍNICO

VL Oliveira, MS Magalhães, FL Nogueira, DM Vitelli-Avelar, NNN Martins

Hospital Luxemburgo (HL), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O linfoma de células T hepatoesplênico (LCTHS) é um raro subtipo de linfoma de células T periférico com incidência aproximada de 2% no mundo. LCTHS é caracterizado por proliferação de células T maduras de pequeno e médio porte infiltrando os sinusóides do fígado e do baço. **Objetivo:** Diante de uma entidade rara, conhecer sua apresentação clínica é de extrema importância para que LCTHS seja considerada, seu diagnóstico realizado e, portanto, a melhor terapêutica seja instituída. **Material e métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Homem, 23 anos, apresentando febre diária, perda ponderal, icterícia e importante hepatoesplenomegalia; ao laboratório, pancitopenia com bilirrubinas, transaminases e canaliculares aumentadas.