

relatou que iniciou com dores abdominais, principalmente em fossa ilíaca esquerda com irradiação para região lombar associado a episódios de febre. As dores ocorriam em caráter intermitente, buscando atendimento devido à piora da intensidade. Ao realizar investigação inicial, haviam achados sugestivos de doença linfoproliferativa em exames de imagem, com derrame pleural, esplenomegalia, conglomerado linfonodal abdominal de grandes dimensões, associado a outros linfonodos abdominais e inguinais. Além disso, havia azotemia, a qual foi atribuída à compressão extrínseca do ureter pela presença de hidronefrose e melhora importante das escórias nitrogenadas após passagem de cateter duplo J. Ademais, realizou-se toracocentese diagnóstica e, por fim, biópsia de linfonodo inguinal, o qual confirmou o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B. Dessa forma, iniciou-se protocolo terapêutico R-CHOP com boa resposta clínica e sem complicações dignas de nota. **Discussão:** O LDGCB é o subtipo histológico mais comum de linfoma não-Hodgkin (LNH), representando aproximadamente 25% dos casos de LNH do mundo. Na apresentação clínica, esses pacientes geralmente manifestam uma massa sintomática de rápido crescimento no pescoço ou no abdômen. A presença de sintomas B é observada em 30% dos pacientes. Em até 40% dos casos a doença surge em tecidos extramedulares extranodais, cujo local mais comum é o trato gastrointestinal - apesar de poder surgir em qualquer outro tecido. Ela pode, ainda, acometer secundariamente outros órgãos, especialmente rins, pulmões, medula óssea (MO) e o sistema nervoso central. A LDGCB pode ser, também, altamente invasiva, levando à compressão de vasos, nervos periféricos e outras estruturas, como no caso, o ureter. A paciente foi definida com doença bulky em função de seu linfoma ter mais de 10 cm de diâmetro em suas múltiplas linfonodomegalias e conglomerados linfonodais retroperitoneais, identificados por exame de imagem. Outra causa importante de azotemia nesses pacientes é a síndrome de lise tumoral. Contudo, neste caso, apesar de ter ocorrido elevação dos níveis de ácido úrico e fosfato, foram inferiores ao necessário conforme os critérios de Cairo-Bishop. **Conclusão:** Em suma, o diagnóstico e o tratamento devem ser feitos de forma rápida e eficaz, objetivando evitar complicações compressivas das linfonodomegalias que, conforme o acometimento, agregam significativa morbidade ao quadro clínico e manejo do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.656>

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CELULAS B NO TESTICULO: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

KAM Martins^a, ML Marinho^b, CSD Lopes^c,
RR Oliveira^d, CM Vieira^e

^a Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH),
Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte, MG, Brasil

^c Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
(PUC Minas), Belo Horizonte, MG, Brasil

^d Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas,
MG, Brasil

^e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de
Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG,
Brasil

Objetivos: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) representa o principal subtipo de linfoma não Hodgkin em países desenvolvidos, com pico aos 64 anos e sendo mais comum em homens. Em termos de localização, apenas 30% dos casos relatados têm origem extranodal, cujo testículo representa apenas 1 a 2% de todos linfomas. Este relato de caso objetiva destacar os principais aspectos epidemiológicos e prognósticos do LDGCB apresentado em sítio primário atípico. **Relato de caso:** Homem de 67 anos, ex-tabagista, com história familiar de irmão com linfoma aos 36 anos e irmã com câncer de mama, procurou urologista em Jun/21 com dor testicular. Submetido a exames, LDH 124, AFP 7,7, HCG <2,0 e TC de pelve com nódulo em testículo esquerdo. Com suspeita de câncer de testículo, foi submetido a orquiectomia radical esquerda no mesmo mês. O laudo anatomopatológico mostrou uma neoplasia primária, medindo 2,9x1,6 cm, restrita ao testículo, sugerindo linfoma não Hodgkin maligno. A avaliação imuno-histoquímica foi positiva para CD20, CD45 (difuso), Ki-67 (60%) e negativa para CD3, CD10, MUM1 e BCL6, compatível com LDGCB do testículo. Com performance status ECOG 0, livre de infecções virais e sem vestígios de metástase por PET-CT, foram administrados 6 ciclos do esquema R-CHOP-21 (de julho a novembro/21), considerando a potencial agressividade biológica do tumor. Apresentou excelente tolerância ao tratamento, com apenas parestesia grau 1. Em remissão completa, mantém acompanhamento ambulatorial com revisão laboratorial trimestral. **Resultados:** Para revisão da literatura, foram selecionados artigos de revisão e relatos de caso, utilizando os descritores: diffuse large B cell lymphoma, testis, epidemiology e treatment, publicados, nos últimos 5 anos, nas plataformas PubMed, UpToDate e WHO. **Discussão:** Dentre as neoplasias testiculares, os linfomas malignos, como LDGCB, apresentam elevada tendência a acometimento bilateral e disseminação extranodal para pele, medula óssea, pulmões e SNC. Geralmente identificado em estadios clínicos avançados, o diagnóstico de LDGCB é feito pelo algoritmo de Hans, que utiliza três marcadores tumorais: CD10, BCL-6 e MUM1. A presença de marcadores de células maduras, como CD20, CD79-alfa e CD45, indicam que a origem da célula tumoral é pós-germinativa na fase plasmablastica, indicando maior capacidade de proliferação e evasão dos mecanismos imunológicos, tornando a neoplasia mais agressiva. Embora a primeira linha de terapia com intuito curativo seja o regime R-CHOP, a taxa de remissão varia entre 30 e 60%, dependendo da variação morfológica, e cerca de 10 a 15% dos pacientes têm a forma crônica progressiva. **Conclusão:** O caso relatado é um representante de linfoma em sítio primário atípico, com baixo índice de remissão e alto risco de evolução, se não tratado adequadamente. O perfil imuno-histoquímico do tumor supracitado apresenta sinais de agressividade, todavia até o presente momento o paciente apresentou excelente resposta ao tratamento quimioterápico padrão-ouro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.657>