

RELATO DE CASO: LINFOMA DE CÉLULAS B EM MEDIASTINO COM METÁSTASE HIPOFISÁRIA E CONSEQUENTE HIPOPITUITARISMO

LO Maia, GJC Moura, JM Eduardo, CA Bueno, AHCS Vasconcelos

Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relatar o caso de paciente com linfoma primário de mediastino que evoluiu com quadro de insuficiência hipofisária. **Materiais e métodos:** as informações foram obtidas via revisão do prontuário e da literatura. Relato do caso: C.M.S., 33 anos, iniciou quadro de prurido março de 2022, muito intenso e progressivo. Procurou imunologista que identificou baixa de imunoglobulinas IGM, IGG e IGA, e iniciou terapia de reposição, em hospital externo, porém mesmo com tal proposta terapêutica, o quadro evoluiu com sudorese intermitente, febre, tremores e astenia generalizada. Em dezembro de 2022 internou-se no HSPM com diplopia, confusão mental e perda do equilíbrio. Em tomografia computadorizada de crânio identificou-se lesão expansiva em sela túrcica, provável acometimento secundário. Aos cuidados da neurologia, manteve investigação diagnóstica, descoberto na ocasião nódulos renais, pulmonares, esplênicos, mamários birads 3 e linfonodomegalia generalizada. Na mesma ocasião, identificou-se uma massa torácica anterior expansiva à direita, cuja biópsia com imunohistoquímica 30/01/23 revelou linfoma de grandes cel b de mediastino (alto grau) com CD20 e CD30 Ki1 positivo. Em laboratórios, apresentou hipotireoidismo subclínico, insuficiência ovariana de causa central e diabetes insipidus (DI). Internou-se novamente em fevereiro de 2023 para iniciar quimioterapia, sendo realizado novos ciclos em março, abril e maio. **Discussão:** O linfoma não Hodgkin (LNH) é um grupo de neoplasias malignas do sistema linfático, e pode se desenvolver em várias partes desse sistema, incluindo gânglios, amígdalas, baço, medula óssea e outros. Neste caso, relata-se um linfoma de células B no mediastino, uma apresentação rara que ocorre em cerca de 2-3% de todos os LNH. A metástase para a hipófise é extremamente incomum nessa condição, com poucos relatos na literatura médica. A disseminação ocorre principalmente por via hematogênica ou linfática. Iniciou-se um tratamento de 6 ciclos de quimioterapia, com esquema que combina rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (R-CHOP), após 5 ciclos houve boa resposta terapêutica com resolução total das lesões renais e esplênicas e subtotal das linfonodomegalias retroperitoneais, em maio de 2023. A paciente segue em acompanhamento hematológico, em uso contínuo profilático de aciclovir, alopurinol e bactrim 3 vezes na semana. Além, de seguimento endocrinológico devido o hipopituitarismo e DI decorrentes da pan hipofisite na evolução do quadro. **Conclusão:** O caso descrito representa a apresentação e evolução raras de uma doença grave, com potencial de evolução para morte e sequelas importantes. A identificação e instituição oportuna de tratamento, com o melhor esquema de quimioterapia relatado na literatura médica, foi capaz de promover controle e regressão das lesões, e portanto, sintomatologia no caso apresentado. Essa evolução foi responsável por permitir

uma considerável recuperação funcional para a paciente. A elaboração desse estudo observacional descritivo possui um impacto positivo na formação médica, através da sua capacidade de auxiliar profissionais de saúde na condução de casos semelhantes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.658>

LINFOMA HEPATOESPLÊNICO DE CÉLULAS T GAMA/DELTA: RELATO DE CASO

JSL Andrade, PSF Junior, MC Gomes, DM Borducchi, VAQ Mauad

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

Objetivos: Este relato descreve um caso de linfoma hepatoesplênico de células T gama delta (LHCTGD), com o objetivo de contribuir com um melhor entendimento dessa doença. **Metodologia:** Levantamento de dados em prontuário e revisão de literatura. **Relato de caso:** F.S.N., sexo masculino, 35 anos, com história de perda de peso, aumento do volume abdominal, febre diária e astenia progressiva. Ao exame apresentando esplenomegalia volumosa, sem adenomegalia periférica, e pancitopenia. À microscopia, sangue periférico não se visualizava células anômalas. À imunofenotipagem de sangue periférico, via-se 63,98% linfócitos totais e 56,77% linfócito T, porém análise sem fenótipo anômalo em primeira avaliação. Realizado mielograma, punção aspirativa seca, em que revelou medula óssea globalmente hipocelular e raros linfócitos dispersos no material. A biópsia de medula apontava celularidade global aumentada 90%, reticulogênese grau 1 e áreas de infiltrado atípico em regiões paratrabeculares, porém imunohistoquímica inocente. Paciente evolui em meses com piora importante do quadro, mantendo febre diária e esplenomegalia progressiva, necessitando de nova internação. Repetidos exames de estudo medular, nova biópsia de medula óssea apresentando linfocitose leve, com esboço de poucos e pequenos folículos linfoides, sem fenótipo anômalo. Paciente em deterioração progressiva e ainda sem diagnóstico, optado por esplenectomia diagnóstica. Peça operatória com peso de 3,5 quilos, exibindo extensas áreas de necrose, hemorragia e intensa congestão vascular. Em estudo imuno-histoquímico, tivemos resultado de: CD5 FOCAL, CD20 negativo, CD4 positivo, CD8 positivo, Ki67 60%, TDT negativo. **Conclusão:** linfoma não Hodgkin de baco de células T maduras (pequenas). Nessa ocasião, também repetimos imunofenotipagem de sangue periférico, com resultado: Positivos: CD8 fraco, CD3 membrana, CD7, CD2, TCR G/D, confirmando LHCTGD. Diante do diagnóstico firmado, iniciamos protocolo quimioterápico CHOEP, que inclui ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposídeo e prednisona. Paciente apresenta pouca resposta a esse primeiro ciclo, mantendo-se muito sintomático, com necessidade diária transfusional, febre recorrente apesar de provas infecciosas negativas, queda importante de “status-performance”, sem possibilidade de realizar novo ciclo de quimioterapia, evoluindo a óbito nessa internação, oito meses após. **Discussão:** LHCTGD corresponde a menos de 1% dos linfomas não-Hodgkin e tem origem em