

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

linfócitos T gama delta do baço, caracterizando-se pela proliferação e infiltração de sua polpa vermelha, dos sinusóides hepáticos e da medula óssea. Apresenta comportamento agressivo, com baixa taxa de resposta à quimioterapia. Prevalente em adultos jovens, do sexo masculino, manifesta-se com dor abdominal, hepatoesplenomegalia e trombocitopenia acentuada, além de sintomas sistêmicos e ausência de linfadenopatia. O tratamento engloba esplenectomia e quimioterapia. O transplante autólogo pode ser indicado para consolidação quando há resposta ao tratamento. Em nosso caso, o rápido desfecho fatal da paciente chama a atenção para a necessidade de reconhecimento e tratamento precoce nesses casos. **Conclusão:** O LHETGD é uma doença rara, de prognóstico reservado, com múltiplos relatos de atraso diagnóstico devido à ausência de sintomas específicos da doença. Faz-se necessário o diagnóstico precoce, além de novos estudos para melhorar a resposta ao tratamento e a expectativa de vida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.659>

LINFOMAS NA AMAZÔNIA LEGAL: O IMPACTO DE UM DIAGNÓSTICO TARDIO

IA Praxedes^a, IC Scharff^b, CO Nascimento^a, AC Garcia^a, WF Silva^b, IA Negri^a, IA Negri^a, IC Scharff^b, DR Gonzaga^c, VHS Reis^d

^a Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Cacoal, RO, Brasil

^b Hospital Regional de Cacoal (HRC), Cacoal, RO, Brasil

^c Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, RO, Brasil

^d Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO, Brasil

Introdução: Em regiões como a Amazônia Legal, o acesso à saúde e a disponibilidade de hematologistas é restrito, dificultando o diagnóstico e estabelecimento do tratamento. Partindo de um estudo epidemiológico prévio exposto na National Comprehensive Cancer Network, o qual demonstrou que os Linfomas não-Hodgkin (LNH) nesta região apresentam maiores taxas de subtipos agressivos, assim como um diagnóstico preponderantemente tardio. Esse estudo objetiva avaliar o impacto desse atraso na resposta ao tratamento. **Materiais e métodos:** Conduzimos um estudo comparativo, multicêntrico, retrospectivo, em uma região da Amazônia legal, com 2 grupos de amostras independentes. Identificamos 68 pacientes com diagnóstico de LNH, no período de 2019 até 2023, tendo realizado pelo menos 6 ciclos de terapia. Comparamos a resposta ao tratamento de pacientes diagnosticados em estágio inicial da doença (I e II) com pacientes classificados em estágios avançados (III e IV). Tendo como referência a nova classificação de Lugano, foram utilizados Biópsia de Medula óssea e TC para estadiamento e para avaliação da resposta TC e PET-TC. **Resultados:** Dos 68 pacientes com LNH analisados, 28 compuseram o grupo dos pacientes os quais foram diagnosticados em estágio I/II e 40 em estágio III/IV (41% vs. 59%, $p=0,016$). Respectivamente,

comparando a taxa de resposta ao tratamento entre os grupos, (92,8% vs. 20%) apresentaram Resposta Completa (RC), (3,6% vs. 40%) Resposta Parcial (RP) e (3,6% vs. 32,5%) Sem Resposta/Doença Estável (SD). Apenas o segundo grupo apresentou pacientes com Doença em Progressão (7,5%), assim como recidivados. **Discussão:** Observando o n total de pacientes do estudo, já é possível identificar a prevalência do diagnóstico tardio. A RC foi hegemônica nos pacientes em estágio I/II, enquanto que no grupo III/IV prevaleceu a RP. Analisando proporcionalmente os subtipos de LNH, o de Células T e Difuso de grandes células B (DGCB) foram diagnosticados mais precocemente. Enquanto que os linfomas de Burkitt e do Manto foram diagnosticados em estágios mais avançados. O de Zona Marginal esplênico apresentou a maior taxa de recidivas e o DGCB-Alto Grau o subtipo que menos respondeu ao tratamento. **Conclusão:** O diagnóstico do LNH em estágio mais avançado, assim como seu subtipo, foram fatores de impacto na resposta ao tratamento, diminuindo a probabilidade de uma resposta completa e aumentando a taxa de recidivas. Uma vez que o diagnóstico do LNH é precoce em 53% a nível Brasil, segundo dados do DATASUS, este estudo demonstra uma grande vulnerabilidade da saúde onco hematológica na região da Amazônia Legal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.660>

ESPOROTRICOSE COMO GATILHO PARA LINFOMA DE CÉLULAS B TIPO PERNA?

PAD Santos^a, LJOV Araújo^b, DF Vellasco^a, JD Ribeiro^a, BCC Reis^{b,c}

^a Faculdade de Ciências Médicas de Três Rios, Três Rios, RJ, Brasil

^b Universidade de Vassouras, Vassouras, RJ, Brasil

^c Centro de Terapia Oncológica de Petrópolis (CTO), Petrópolis, RJ, Brasil

Introdução: Os linfomas cutâneos de uma forma geral não são tumores agressivos porém em algumas ocasiões podemos encontrar algumas formas que requerem tratamento de forma mais imediata, cujo qual o subtipo cutâneo difuso de grandes células B tipo perna (LDCBTP) se encontra nessa categoria. Demonstra sua importância ao trazer o relato de um linfoma não Hodgkin raro, com diagnóstico complicado e, na maior parte das vezes, atrasado devido aos raríssimos estudos sobre o tema. Entretanto, o objetivo foi demonstrar as principais características da doença, tais como a abordagem diagnóstica e o estadiamento e de um possível gatilho. Sendo uma doença agressiva, é de suma importância haver maior propagação do conhecimento para ajudar no diagnóstico precoce da doença e, por conseguinte, na opção de um tratamento mais eficiente. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 83 anos, procura atendimento médico referindo 2 nódulos, contíguos, e algumas manchas hipercrômicas, em membro inferior direito. Realizado a biópsia da lesão, foi diagnosticada com esporotricose com consequente prescrição de Itraconazol. Inicialmente, houve retração de um dos nódulos e das manchas hipercrômicas, finalizando o tratamento alguns meses depois. Porém, um dos nódulos não houve