

regressão esperada. Posteriormente, após nova realização de biópsia, foi definido diagnóstico de linfoma cutâneo primário células B tipo perna, sendo encaminhada para o especialista em hematologia para prosseguimento. Foi realizado exames de imagem e de sangue para avaliação pré tratamento e de estadiamento e iniciado protocolo com mini R-CHOP. **Discussão:** O LCDCBTP geralmente afeta mulheres idosas, compreendendo 4% de todos os linfomas cutâneos e se apresenta com tumores vermelho-marrom a azul rapidamente progressivos envolvendo uma ou ambas as pernas. É um subtipo com chances de acometimento extracutâneo. Não há fatores de risco claramente definidos para o desenvolvimento desta doença e não há tendência hereditária identificável o que torna curioso o caso descrito, entendendo que a esporotricose poderia ser um ponto de gatilho, assim como vemos em linfomas não Hodgkin difuso de grandes células B sistêmico, já que os nódulos apareceram em mesma época estão em contato. Por se tratar de um distúrbio raro, faltam grandes estudos sobre a terapia. Os dados publicados sobre o tratamento consistem inteiramente em revisões retrospectivas e relatórios anedóticos porém as recomendações são similares ao linfoma difuso de grandes células B sistêmico assim como os casos refratários. Sendo então terapia de primeira linha com R-CHOP com ou sem radioterapia local.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.661>

LINFOMA PLASMABLÁSTICO RECIDIVADO EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

PC Gontijo ^{a,b}, DDVC Branco ^b, FCS Bicalho ^b, FT Arruda ^b, GL Neves ^b, GMC Parreiras ^b, IP Nogueira ^b

^a Cetus Oncologia, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Objetivos: O linfoma plasmablastico (LPB) é um linfoma não-Hodgkin raro, agressivo e formado por grandes células neoplásicas CD20-negativo e com fenótipo plasmocítico. Apesar de inicialmente ter sido descrito em pacientes portadores do vírus HIV e de outras imunodeficiências, mais recentemente também foi identificado em pacientes imunocompetentes. Este relato de caso e revisão de literatura tem como objetivo apresentar a história de uma paciente diagnosticada com LPB, bem como discutir seu quadro clínico extremamente incomum e os desafios para diagnóstico e tratamento dessa condição. **Materiais e métodos:** Foram utilizados dados obtidos por meio da anamnese, do exame físico, da propedêutica e do plano terapêutico da paciente, além de literatura publicada nas bases de dados PubMed e Scielo. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 46 anos, assintomática, com história pregressa de sífilis e Epstein-Barr vírus positivo, observou, em 09/2020, durante autoexame, nódulo na mama esquerda, motivando propedêutica adequada. Em 11/2020 foi submetida a uma quadrantectomia esquerda e biópsia de linfonodos sentinela. Em 12/2020, a análise da biópsia excisional confirmou o diagnóstico de LPB estágio IV-A, de forma que em 02/

2021 iniciou-se quimioterapia com protocolo EPOCH. Em 06/2021, foi identificada uma resposta metabólica parcial ao protocolo EPOCH, o que motivou uma troca para o protocolo DHAP, resultando em uma resposta metabólica completa em 12/2021. A paciente foi submetida a um transplante de medula óssea (TMO) autólogo para consolidação do tratamento em 05/2022, e o PET-CT pós-TMO revelou recidiva de lesões em região cervical, coluna e reto. Entretanto, o tamanho das lesões contraindica a realização de biópsia. A paciente está em seguimento oncológico e permanece assintomática. **Discussão:** Este relato de caso apresenta um cenário individualizado, já que apesar de a paciente apresentar uma imuno-histoquímica característica para a doença (CD20+, Ki-67+, CD138+), sua evolução clínica foi bastante incomum. Diagnosticada com LPB em estágio IV-A (sobrevida esperada de cerca de 9 meses), a paciente teve resposta completa à quimioterapia. Entretanto, 5 meses depois, evoluiu com recidiva da doença. Nesse contexto, por mais que os parâmetros propedêuticos indiquem presença de LPB na paciente, ela permaneceu assintomática desde o diagnóstico inicial, sofrendo somente com os efeitos adversos da quimioterapia. Além disso, por não apresentar nenhum fator de imunossupressão crônica, a paciente não se enquadra no perfil do grupo que historicamente apresenta a doença. Pela apresentação clínica heterogênea da doença e pela dificuldade em estabelecer um padrão de tratamento, no momento, é questionável o seguimento terapêutico. Os principais protocolos quimioterápicos já foram instituídos e a possibilidade de um novo TMO é limitada, tendo em vista que um TMO autólogo já foi realizado e que os familiares de primeiro grau não são compatíveis. **Conclusão:** Este relato de caso destaca a dificuldade de se estabelecer um tratamento adequado para o LPB, já que não há consenso na literatura acerca dos protocolos propedêuticos e terapêuticos de tal condição. Demonstra ainda a importância de uma abordagem multidisciplinar e individualizada para cada paciente, principalmente por se tratar de uma neoplasia rara que pode se apresentar clinicamente de forma incomum.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.662>

ACOMETIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL POR LINFOMA FOLICULAR: UM RELATO DE CASO

RO Nalesso, NM Santana, A Cost-Neto, CLG Farias, GD Amarante, PP Neffá, RC Bonardi, EM Rego

Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Os linfomas Não-Hodgkin representam um grupo heterogêneo, sendo o linfoma folicular o tipo indolente mais comum, representando cerca de 70% deste subgrupo. Geralmente cursa com quadros oligossintomáticos e de evolução lenta, além de ser raro o acometimento de outros órgãos. Poucos estudos avaliaram até o momento o acometimento do sistema nervoso central por linfomas de baixo grau devido à sua baixa incidência. **Objetivo:** Relatar caso clínico referente à apresentação atípica de acometimento do sistema nervoso

central por linfoma folicular. **Métodos:** Os dados foram obtidos após revisão do prontuário. **Caso clínico:** O.P.S, 61 anos. Iniciado em janeiro de 2023 quadro de dor e parestesia em membros inferiores. Evolui com diplopia, estrabismo divergente e paraparesia crural em março de 2023 quando realizada internação para investigação etiológica. Exames de ressonância magnética iniciais demonstrando: impregnação anômala pelo meio de contraste em diversos nervos cranianos, com espessamento difuso do III e V par; espessamentos pré e pós-ganglionares de múltiplas raízes nervosas nos níveis cervicais, torácicos e lombares, de forma mais evidente nas raízes da cauda equina; espessamento da raiz direita de S1, formando massa pré-sacral na altura dos níveis S1-S2, com sinais de invasão óssea. PET-CT: Formação hipotenuante hepática, linfonodomegalias abdominais, focos de captação intra-ósseos e captação difusa e heterogênea na medula espinal. Frente ao quadro neurológico, foi realizada imunofenotipagem de líquido que sugeria infiltração neoplásica hematológica. Prosseguindo a investigação, foi realizada biópsia da massa pré-sacral, imunohistoquímica a seguir: Linfoma folicular grau 1-2, CD20 +, CD10 +, BCL2 +, LMO2 +, HGAL +, CD3 -, CD5 -, CD23 -, Ciclina D1 -, Ki67 + em 40%. Iniciado tratamento com 02 ciclos de R-CHOP associados à MTX-HD além de 10 ciclos de QTIT. Resposta parcial após reavaliação por PET-CT. Programada segunda linha de tratamento ambulatorial com Rituximab+Lenalidomida devido às toxicidades à primeira linha. **Discussão:** Os diagnósticos de acometimento do sistema nervoso central por linfomas não-Hodgkin representam cerca de 8% de todos os casos, geralmente relacionados à subtipos de caráter agressivo como o linfoma de Burkitt ou à transformação histológica de linfomas indolentes para doença de alto grau, considera-se um risco de 2% ao ano de transformação para linfoma difuso de grandes células B. Contudo, estudos sugerem que linfomas indolentes podem acometer o sistema nervoso central em torno de 3% dos casos. A sobrevida global dos pacientes com linfoma folicular teve melhora importante desde a introdução do rituximab e a associação com lenalidomida tem sido estudada com bons resultados em pacientes recaídos/refratários. O prognóstico dos pacientes com linfoma folicular é pior quando ocorre acometimento do sistema nervoso central. **Conclusão:** Apesar de ser uma doença indolente, o linfoma folicular pode acometer o sistema nervoso central. São importantes as descrições desses casos para discussão de abordagens que otimizem o tratamento e sobrevida desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.663>

LINFOMA NÃO HODGKIN DA ZONA MARGINAL EXTRANODAL TIPO TECIDO LINFOIDE ASSOCIADO A MUCOSA COM ACOMETIMENTO DE COLUNA TORÁCICA: UM RELATO DE CASO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO

GLV Moraes, MGF Avila, JB Barros, TFPD Nascimento, FOC Souza, TS Lichotti, MN Ferreira, GJ Almeida, KG Frigotto, VRGA Valvesse

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Linfomas primários ósseos são raros, representando menos de 1% dos linfomas não Hodgkin (LNH). Os linfomas LNH da zona marginal extranodal tipo tecido linfoide associado a mucosa (MALT) originados da coluna vertebral são extremamente raros, e somente 7 casos foram descritos. Devido a raridade da doença, a seleção de um tratamento adequado ainda não é totalmente definido, com destaque para a remoção cirúrgica associada a radioterapia, porém deve levar em consideração o local, o estágio e as características clínicas de cada paciente.

Apresentação do caso: Paciente do sexo feminino, 56 anos, com lombalgia à direita, evoluindo com irradiação para flanco direito, fraqueza dos membros inferiores (MMII), e sintomas constitucionais. O exame neurológico identificou marcha talonante, força grau 4 em MMII, sensibilidade superficial reduzida, sensibilidade vibratória abolida, sensibilidade profunda reduzida, propriocepção alterada, reflexo cutâneo plantar exacerbado, e hiperreflexia do aquileu. Foram solicitadas sorologias e exames laboratoriais, com resultados normais. Foi iniciada corticoterapia para alívio dos sintomas neurológicos, com dexametasona intravenosa 4 mg de 6 em 6 horas por 4 dias, com boa resposta, seguindo com redução da dose nos dias seguintes. A ressonância magnética mostrou formação expansiva extra dural sólida, ocupando dois terços do diâmetro do canal vertebral, deslocando e comprimindo a medula dorsal para esquerda, com biópsia de medula óssea mostrando infiltração. Realizou-se exames para screening de tumor primário em outro sítio através de exames de tomografia computadorizada, mas não foi encontrada lesão suspeita de malignidade. Realizada laminectomia, com resultado histopatológico de linfoma MALT estágio IVB. O estudo imuno-histoquímico apresentou positividade para CD20, Bcl-2, e Bcl-6, pesquisa de antígeno de proliferação Ki-67 em cerca de 3% das células, e negatividade para CD10, CD3, MUM-1, CD23 e CD21. Feita quimioterapia adjuvante, com 8 ciclos do protocolo R-CHOP (rituximabe 600 mg / ciclofosfamida 1 g / doxorrubicina 80 mg / vincristina 2 mg / prednisona 100 mg). Durante o tratamento a paciente apresentou melhora da resposta motora após 3 ciclos de quimioterapia, e realizou acompanhamento com a equipe de fisioterapia. Seguido de manutenção com rituximabe mensal por 2 anos. Evoluiu com remissão completa da lesão, em acompanhamento há 8 anos. **Conclusão:** O relato de caso apresentado é uma manifestação incomum de LNH de zona marginal extranodal do tipo MALT primário da coluna vertebral e sintomas de compressão medular, sendo relatados apenas dois casos na literatura nos últimos 10 anos, com acometimento da coluna espinal, epidurais e anatomicamente fora do SNC e da dura-máter. Porém este o único com infiltração da medula óssea, por ser um linfoma formado no canal intrarraquidiano, ou seja, presentes no canal vertebral, porém fora do canal medular. Embora o prognóstico tenha sido bom no caso relatado, é necessário acompanhamento para rastrear qualquer recidiva ou transformação em linfoma de alto grau. A seleção de um tratamento adequado ainda não é totalmente definido, assim é