

nervo craniano, perda sensorial e fraqueza. O paciente descrito apresentou paresia e parestesia em MIE e, embora não tenha sido realizado o diagnóstico de infiltração de SNC, foi proposta a quimioterapia intratecal. Atualmente, a maioria dos estudos encontrados recomendam 6 ciclos de quimioterapia com esquema EPOCH ajustados para a dose infusional com profilaxia intratecal a cada ciclo como proposta terapêutica. O bortezomib e a lenalidomida são agentes adicionais à terapia que demonstraram resultados promissores. **Conclusão:** O LPB consiste em uma doença rara e de evolução agressiva. O tratamento de escolha foi baseado na literatura atual sobre o linfoma. A baixa frequência desse linfoma não permite ainda definição de protocolos mais eficazes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.672>

LINFOMA DE ZONA MARGINA EXTRANODAL LOCALIZADO EM HIPÓFISE E LEPTOMENINGE: UM RELATO DE CASO

FGB Chaves, AL Oliveira, ACLD Nascimento, RS Kojima, BFC Galvão, LFBH Junior, AID Ennes, GA Vieira, ACA Silveira, N Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma de zona marginal (LZM) é uma doença linfoproliferativa pós centro germinativo, sendo o 2º subtipo mais prevalente de linfoma não Hodgkin B indolente. A apresentação ocorre nas formas nodal, esplênica e extranodal, sendo esta última presente em 2/3 dos casos. Sua evolução indolente torna o diagnóstico desafiador, em especial na ausência de achados sistêmicos. A doença extranodal é classicamente de localização gástrica, seguida pelas formas ocular e pulmonar. O acometimento de sistema nervoso central, por sua vez, é bastante infrequente, sendo em geral observado em linfomas agressivos e, nos poucos casos descritos para LZM, tem localização paquimeníngea. A seguir, relatamos uma apresentação rara de LZM, na forma de doença hipofisária e leptomeníngea. **Relato de caso:** Paciente masculino, 63 anos, em investigação de hipogonadismo e panhipopituitarismo. Procura urologista devido episódios de calafrios alternados com ondas de calor de 3 anos de duração. Identificada redução de testosterona e hormônios tireoideanos, sendo realizada reposição hormonal. Posteriormente, evolui com oscilação de níveis pressóricos até que, após episódio de crise hipertensiva e mal estar, interna para investigação. Realizada tomografia de crânio que identificou tumor de hipófise de 2,5 x 1,8 x 1,7 cm, suspeito de microadenoma hipofisário, submetido a ressecção cirúrgica total. Na análise anátomo-patológica, porém, observada presença de infiltrado linfóide difuso, que, aliada à imunohistoquímica, confirmou diagnóstico de linfoma de zona marginal extra-nodal. Paciente foi estadiado com PET-CT, negativo para captações anômalas, e exame medular, com achado de 10% de linfócitos B atípicos, possivelmente secundários a infiltração de doença. O exame de líquido evidenciou 88,4% de linfócitos B maduros com restrição de cadeia leve lambda, compatíveis com infiltração leptomeníngea do linfoma. Diante de paciente

oligossintomático, com diagnóstico de linfoma indolente de acometimento atípico de sistema nervoso central, definido por manter vigilância ativa, com controle periódico de doença com exame de líquido e imagem. Paciente atualmente encontra-se em bom estado geral, realizando seguimento ambulatorial. **Discussão:** Apresentamos caso de linfoma de zona marginal de localização e apresentação bastante rara, caracterizado por panhipopituitarismo decorrente de sítio extranodal hipofisário e leptomeníngeo de doença. Devido doença localizada, foi realizado tratamento cirúrgico exclusivo, através de ressecção de massa pituitária, e acompanhamento clínico. Os poucos casos descritos em literatura de LZM localizados em sistema nervoso central (SNC), demonstraram boa resposta à terapia localizada com cirurgia e/ou radioterapia, sem evidência de ganho de sobrevida ou resposta completa com inclusão de quimioterapia sistêmica. A vigilância ativa, em contrapartida, constitui opção válida e frequentemente recomendada na condução de casos de linfomas indolentes assintomáticos e de baixo risco clínico. **Conclusão:** A apresentação clínica e diagnóstico do linfoma de zona marginal ocorre de maneira bastante heterogênea e, embora extremamente incomum, a infiltração de sistema nervoso central pode estar presente, nas mais distintos sítios anatômicos. A alta suspeição diagnóstica é de suma importância, de modo a permitir a identificação precoce da doença e tratamento individualizado apropriado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.673>

LINFOMA DE BURKITT COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÃO EXPANSIVA RETRO-ORBITÁRIA: RELATO DE CASO

JGM Lusvarghi, BMA Pacheco, ABS Fonseca, ACP Nascimento, AMDS Pinheiro, HC Amaral, RMSD Reis, LOC Barbosa, GBL Oliveira

Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas, Poços de Caldas, MG, Brasil

Objetivo: Relatar uma apresentação em sítio atípico de Linfoma de Burkitt, demonstrando a importância do diagnóstico precoce e tratamento ágil. **Relato de caso:** Masculino, 31 anos, branco, portador de HIV em tratamento regular, procura unidade de pronto atendimento devido a exoftalmia associado a efeito de massa no olho esquerdo, com início há duas semanas e aumento progressivo. Associado ao quadro, referia perda de peso involuntária e sudorese noturna. Admitido em hospital terciário com hipótese diagnóstica inicial de celulite periorbitária esquerda e iniciado empiricamente antibioticoterapia. Porém, já na admissão, foi realizada tomografia de crânio contrastada que evidenciou volumosa formação expansiva na região súpero-lateral da órbita esquerda com envolvimento da glândula lacrimal, dos músculos reto e oblíquo superior e reto lateral ipsilaterais, determinando importante proptose do globo ocular. Submetido a RNM de crânio e face, a qual mostrou lesão em seio maxilar esquerdo que também infiltrava a maxila. Realizada ressecção da lesão em cavidade oral mucosa jugal e mucosa de lábio inferior e encaminhado material para biópsia. Ao exame histopatológico foi