

ciclovir/Aciclovir/Prednisona sugerem infecção por HZV ou CMV. A sorologia para CMV foi negativa. Este relato demonstra a importância de se conhecer os padrões de acometimento oftalmológico em pacientes portadores de linfomas, a fim de propiciar abordagem terapêutica adequada com rapidez.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.386>

385

LINFOMA FOLICULAR DUODENAL: RELATO DE CASO

E.W. Silva, B.C. Boeira, A.D. Ferrazza, G. Cattani, F.M. Aguiar, A.B. Florian, B.V. Dutra, C.T. Burtet, M.F.L. Pezzi, G.R. Bosi

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O Linfoma Folicular Duodenal (LFD) é uma neoplasia de células B imaturas, sendo considerada uma entidade rara com poucos casos relatados na literatura. Corresponde a aproximadamente 1-3,6% dos Linfomas não-Hodgkin primários do trato gastrointestinal, normalmente apresentando-se como pólipos múltiplos e pequenos. O LFD é uma variante distinta e indolente do Linfoma Folicular, tipicamente confinado à mucosa e submucosa, apresentando um padrão de crescimento folicular e característica citológica de grau 1 ou 2. **Objetivos:** Relatar caso de paciente com LFD, uma neoplasia de baixa incidência e prevalência. **Relato de caso:** Paciente masculino, 71 anos, queixava-se de dor em região cervical, que iniciou após internação por colecistite aguda há cinco meses, quando precisou ser entubado para realização de colecistectomia. Após extensa investigação otorrinolaringológica foi encaminhado ao gastroenterologista que solicitou endoscopia digestiva alta, na qual visualizou-se linfangiectasias atípicas sobre a segunda porção duodenal, sendo o anatomopatológico compatível com Linfoma Folicular tipo Duodenal Grau 2 OMS. O paciente nega sintomas B, tabagismo ou etilismo. Ao exame físico não eram palpáveis linfonodomegalias cervicais, axilares ou supraclaviculares. Foram solicitados laboratoriais que evidenciaram: LDH, provas inflamatórias, hemograma e sorologias virais normais. Também foi solicitada tomografia computadorizada de tórax e abdome para estadiamento sem linfadenomegalias ou hepatoesplenomegalia. Foi realizada biópsia de medula óssea, que não demonstrou infiltração de linfoma. O paciente segue em observação com controle endoscópico e exames laboratoriais semestrais. **Discussão:** A patogênese do LFD parece estar relacionada com antígenos exógenos que estimulam as células B imaturas, levando a uma reação central germinativa na mucosa duodenal, que se restringe ao intestino delgado, sem disseminação ou transformação celular em larga escala, devido à ausência de eventos oncogênicos adicionais. Seu diagnóstico costuma ser incidental, uma vez que o LFD se apresenta assintomático na maioria das vezes; esse aspecto pode ser corroborado pelo relato supracitado. Quando há sintomas, estes costumam ser inespecíficos. Mesmo sem tratamento, normalmente não cursa com crescimento do tumor, raramente se dissemina para fora do intestino delgado e não se transforma em um linfoma agressivo. Dessa forma,

quando não há relatos de progressão da doença a estratégia terapêutica mais indicada parece ser o acompanhamento dos pacientes com monitorização endoscópica de rotina. Outras opções terapêuticas descritas seriam radioterapia, Rituximabe ou quimioterapia. No entanto, não há diferença no resultado entre elas. **Conclusão:** O LFD é uma entidade específica de linfoma, sendo muito raro e não possuindo um tratamento específico estabelecido. A apresentação clínica costuma ser assintomática, o que justifica o fato de o diagnóstico ser tipicamente ocasional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.387>

386

LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B C-MYC POSITIVO

F.M. Carlotto^a, C.F. Molin^b, D.R. Almeida^{a,b}

^a Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil

^b Hospital de Clínicas de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil

Introdução: O Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é o mais comum subtipo de Linfoma Não Hodgkin, com uma taxa anual de incidência de 7-8 casos por 100 000 habitantes. Quando apresenta uma translocação envolvendo o proto-oncogene MYC, o tumor tem maior risco para desfechos negativos do que quando comparados aos MYC-negativos. Relatamos um caso de um paciente com essa patologia, assim como seu diagnóstico e tratamento. **Relato do caso:** Homem, 24 anos, previamente hígido, ex-tabagista, iniciou quadro de dor epigástrica há um ano, do tipo em queimação, com piora após as refeições associada a perda de 8 quilos no mesmo período, o que o levou a procurar atendimento médico. Os exames laboratoriais evidenciaram uma anemia ferropriva. Realizada endoscopia digestiva alta que identificou uma lesão ulcerada e infiltrativa em antro gástrico, que impedia a passagem para avaliação do píloro. O paciente realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax que não apresentou alterações e de abdome que demonstrou espessamento parietal na parede posterior do antro gástrico. O anatomopatológico da lesão endoscópica confirmou se tratar de um LDGCB. À imunohistoquímica, positivaram os marcadores c-Myc, LCA, CD20, CD10, PAX-5, conferindo um prognóstico sombrio a esse tumor. Paciente evoluiu com hemorragia digestiva alta refratária ao tratamento clínico, necessitando realizar uma gastrectomia subtotal para controle do sangramento com plano de início do tratamento quimioterápico com protocolo R-CHOP após recuperação cirúrgica. **Discussão:** LDGCB é uma neoplasia com padrão de crescimento difuso composto de grandes células linfóides B com tamanho nuclear maior do que o dobro do de um linfócito normal. A presença de rearranjo MYC compreende aproximadamente 2% a 10% desses tumores recém-diagnosticados e 11 e 17% dos LDGCB refratários. O diagnóstico é feito através da morfologia, da citometria de fluxo, da imunohistoquímica e da citogenética. A neoplasia está associada a um curso clínico mais agressivo e tem propensão a se espalhar para sítios extranodais, incluindo a medula óssea e o sistema nervoso central. A sobre-