

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 piloro. 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-

vida global média desses pacientes é de 0,2 a 1,5 anos. O padrão de tratamento dessa neoplasia é o protocolo CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona) combinado com o anticorpo monoclonal anti-CD20, rituximabe. Dependendo da resposta ao tratamento e dos sítios de localização do tumor, a radioterapia local também pode ser associada. Esses pacientes devem ser criteriosamente acompanhados, em razão dos efeitos colaterais e das complicações que podem surgir durante o tratamento, como no caso do nosso paciente, que apresentou hemorragia digestiva alta refratária ao tratamento clínico. **Conclusão:** O reconhecimento de LDGCB com variante c-MYC positivo como um subtipo distinto é importante porque a maioria dos pacientes segue um curso de doença agressiva e tem um mau prognóstico, de forma que esses doentes devem ser corretamente manejados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.388>

387

LINFOMA NÃO-HODGKIN B DE ALTO GRAU COM EXPRESSÃO MYC/BCL6: EXPERIÊNCIA COM PROTOCOLO R-DA-EPOCH



R.B. Carneiro^a, I.C. Scharff^b, W.F. Silva^b, W.A. Junior^b, I.C. Scharff^b, E.V.S. Oliveira^a, A.E. Gauze^a, A.N. Oliveira^b, E.C.O. Coelho^b, R.B.F. Macedo^b

^a Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, RO, Brasil

^b Hospital Regional de Cacoal, Cacoal, RO, Brasil

Introdução: O linfoma não-Hodgkin (LNH) B de Alto Grau corresponde à um subgrupo agressivo e raro do Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) que compartilha características moleculares intermediárias entre o LDGCB e Linfoma de Burkitt (LB). A expressão MYC ocorre em 30 a 60% dos casos frequentemente associadas à translocação de BCL2 e/ou de BCL6. Tais características conferem ao tumor resistência à terapia padrão R-CHOP, alta taxa proliferativa e, conseqüentemente, pior prognóstico. **Objetivos:** Relatar a experiência satisfatória com protocolo R-da-EPOCH em LNH de Alto Grau de células B do centro germinativo com expressão MYC/BCL6. **Relato de caso:** Mulher, 52 anos, sem comorbidades prévias, apresentou perda ponderal de 4 quilos, sudorese noturna, astenia, nodulações em mamas, derrame pleural e linfonodomegalia inguinal com 2 meses de evolução. Ultrassonografia demonstrou nódulos mamários bilaterais Birads 4. Histopatológico de biopsia de linfonodo inguinal evidenciava infiltrado linfoide atípico com imunohistoquímica expressando CD20, CD3, CD5, BCL6, CD10, C-MYC e Ki67 (>95%), biopsias de nódulos mamários bilaterais apresentavam mesmo painel imunohistoquímico, podendo corresponder ao Linfoma de células B de alto grau sem outras especificações, Linfoma B de alto grau com rearranjos de MYC, BCL2 e/ou BCL6 ou Linfoma de Burkitt. Apresentava elevação de CA 125 em 327, tomografias com derrame pleural, linfonomegalias intratorácicas, espessamento parietal gástrico, discreta ascite e espessamento de peritônio irredutível. Biopsia de medula óssea negativa para infiltração linfomatosa, citologia oncótica de líquido com infiltração linfoide atípica, citologia oncótica de

líquido pleural negativo para células neoplásicas. Não foi possível realização de FISH (hibridação in situ por Fluorescência). Paciente classificada com IPI de alto risco, evoluiu com síndrome de lise tumoral espontânea pré-quimioterapia, sendo necessário internação em Unidade de Terapia Intensiva e hemodiálise. Após estabilização clínica, recebeu 6 ciclos de quimioterapia com R-da-EPOCH com administração de QT IT em cada ciclo, evoluindo com resolução completa da doença e negatização líquórica após o terceiro mês de tratamento. Segue em resposta completa após 5 meses de término de tratamento. Paciente recusa transplante autólogo de medula óssea. **Discussão:** Pacientes que apresentam linfomas DGCB com perfil de centro germinativo (CG), clinicamente agressivos, histologia intermediária entre Burkitt e DGCB e/ou duplo expressões para C-MYC, BCL2 ou BCL6 na imunohistoquímica, devem realizar FISH para MYC, BCL2 e BCL6, afim de caracterização quanto o subtipo *double* ou *triple* -hit. Essa classificação confere ao linfoma mau prognóstico e tem como característica a infiltração de sistema nervoso central, além de maior resistência aos quimioterápicos. A paciente apresentou expressão MYC/BCL6 com perfil CG, KI-67 (>95%), e devido a apresentação clínica agressiva, com rápida progressão da doença, infiltração em órgãos extra linfáticos, além de infiltração em SNC, e impossibilidade da paciente em realizar FISH, optou-se por conduzir como linfoma de alto grau. O tratamento preconizado é R-da-EPOCH (rituximabe, dose ajustada de etoposídeo, prednisona, doxorubicina, ciclofosfamida e vincristina). A paciente respondeu bem ao tratamento proposto, com melhora nos exames de imagem, laboratorial e sintomatologia. Atualmente segue em resposta completa em acompanhamento ambulatorial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.389>

388

LINFOMA NÃO-HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B DE ALTO GRAU PRIMÁRIO DE SNC EM IMUNOCOMPETENTE COM BOA RESPOSTA AO TRATAMENTO NÃO MIELOABLATIVO



C.R.O. Fernandes^a, G.M. Queiroz^a, R.B.C. Fagundes^a, N.C. Carvalho^a, M.D. Leão^{b,c}

^a Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil

^c Hospital do Coração, Natal, RN, Brasil

Objetivos: Relatar caso de Linfoma Primário de Sistema Nervoso Central (LPSNC) em paciente imunocompetente com boa resposta ao tratamento com Metotrexate, Rituximab, Temozolamida, Citarabina e Etoposídeo. **Relato de caso:** M.S., 42 anos, admitida em hospital com convulsões. Ao exame físico, apresentava-se agitada, presença de afasia de expressão, diplopia e dificuldade para deambular, sem outras alterações. Exames laboratoriais: hemograma sem alterações, sorologias negativas para hepatites, HIV e HTLV I e II, sem histórico progresso de imunossupressão. Primeira Ressonância Magnética (RNM) do crânio evidenciou lesões expansivas intra-axiais de limites mal definidos associadas