

a edema vasogênico, localizadas na transição parietotemporal esquerda captante de contraste endovenoso. A segunda mostrou lesão de 3cm na região frontal esquerda circundada por edema vasogênico, efeito compressivo de corno anterior do ventrículo esquerdo e desvio contralateral de linha média cerca de 0,7cm e dois focos nodulares com realce medindo até 0,6cm na região nucleocapsular subependimária esquerda. Estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico da lesão principal apresentou expressão focal para BCL2 +, BCL6+, Ciclina D1+, CD30+ e Ki-67 de 80%, favorecendo o diagnóstico de Linfoma de Células B de Alto Grau Subgrupo Não Centro Germinativo Primário de Sistema Nervoso Central. Realizados 10 ciclos quimioterápicos com altas doses de Metotrexate (MTX) e Rituximab, 6 ciclos com Temozolamida e 2 ciclos com Citarabina e Etoposídeo, além do uso de Dexametasona durante todo o período. Após os ciclos de quimioterapia (QT), RNM evidenciou remissão de doença. M.S. apresentou melhora da diplopia e da dificuldade de deambulação, permanecendo com parestesia à direita e leve diminuição cognitiva. **Discussão e resultados:** O LPSNC é um raro linfoma não-Hodgkin extralinfonodal, restrito ao parênquima cerebral, meninge, medula espinhal e/ou olhos. Tem como fator de risco as imunodeficiências, podendo estar relacionado também à doenças autoimunes, sendo raro em imunocompetentes. A apresentação clínica varia de acordo com a localização, sendo as principais manifestações déficits neurológicos focais, sintomas neuropsiquiátricos, aumento da pressão intracraniana, convulsões e alterações visuais. Sintomas B (febre, emagrecimento e sudorese) não são frequentes. Diagnóstico deve ser feito com RNM e estudo anatomopatológico. Acerca do tratamento, a recomendação atual é a indução com MTX em altas doses e Rituximab. A terapia de consolidação ideal não foi definida. As opções incluem QT não mieloablativa (Etoposídeo, Citarabina), QT de alta dose com transplante autólogo de células hematopoiéticas, radioterapia ou agentes direcionados. A avaliação da resposta com RNM é padrão e as taxas de recidivas são altas. Nesse caso, M.S. fez uso de terapia indução padrão e Temozolamida, em substituição da radioterapia, além de consolidação com Etoposídeo e Citarabina, apresentando Remissão Completa, sem evidência de doença na RNM. **Conclusão:** Apesar de não haver consenso acerca da terapia de consolidação, o tratamento demonstrou eficácia nessa paciente, com uma resposta completa. Houve desaparecimento da lesão, evoluindo com sobrevida de 16 meses após término da QT, até o momento, sem recidiva da doença e poucas sequelas neurológicas, sem necessidade de uso de medicação contínua.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.390>

389

LINFOMA NÃO-HODGKIN: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS NA CIDADE DE JOÃO PESSOA NO PERÍODO DE 2013 A 2018

D.R. Sousa, L.G.D.N. Júnior, G.L.A.V. Carvalho, A.C.R.S. Mendes, K.F.O.D. Santos

Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa, PB, Brasil



Introdução: Linfoma não Hodgkin (LNH) é uma neoplasia hematológica com proliferação monoclonal das células linfoides que se apresentam de maneira indolente ou agressiva. A maioria dos casos não tem etiologia definida, porém sugere-se o envolvimento de fatores hereditários, ambientais, ocupacionais e dietéticos. O LNH pode apresentar padrão histológico e comportamento clínico diferenciado com casos inicialmente assintomáticos, entretanto podem apresentar pequenos achados como linfadenopatia periférica. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico do Linfoma não-Hodgkin na cidade de João Pessoa-PB dentre os anos de 2013 a 2018. **Método:** Estudo descritivo transversal, sobre mortes por Linfoma não-Hodgkin, na cidade de João Pessoa-PB, no período de 2013 – 2018, conforme dados obtidos pelo departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATA-SUS). Foram eleitos os óbitos das principais faixas etárias conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) de acordo com a Causa – CID-BR-10: 048. **Resultados:** Por ser uma neoplasia que se espalha de maneira não ordenada há dificuldade de diagnóstico precoce. A incidência vem aumentando nas últimas quatro décadas, principalmente os linfomas agressivos, o que parece ser apenas parcialmente explicado pela maior incidência de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e pela exposição a fatores ambientais. Observou-se o total da amostra, 105 (100%) apresentando óbitos por Linfoma não-Hodgkin na cidade de João Pessoa. Sendo o número de óbitos entre 15 a 29 anos 10 (9,5%). Na faixa etária de 30 a 49 anos foi apontado 16 (15,2%) óbitos, enquanto na faixa de 50 a 69 anos, houve 39 (37,1%) óbitos. Na faixa etária com idade maior que 70 anos foi encontrado 40 (38%). Houve maior número de óbitos entre os pacientes do sexo feminino 62 (59,1%) em comparação ao sexo masculino 43 (40,9%). Na análise epidemiológica de raça foram encontrados nas etnias, branca 34 (32,3%), preta 2 (1,9%), amarela 1 (0,9%), parda 62 (59%), ignorado 6 (5,7%), indígena nenhum registro encontrado. **Discussão:** Percebeu-se a alta proporção de óbitos numa população com a faixa etária elevada, trazendo a necessidade de instituir ações públicas de saúde. O número de óbitos por LNH vem reduzindo nos países desenvolvidos, todavia, no Brasil, identifica-se um crescimento acentuado. Essa neoplasia representa um grupo heterogêneo de doenças, cujo diagnóstico, estadiamento e índice prognóstico são essenciais para melhor definição dos riscos e do plano de tratamento. **Conclusão:** O estudo epidemiológico é de suma importância para a coletividade médica, trazendo perspectivas para promoção de saúde pública que aumentem o diagnóstico precoce e medidas de prevenção. Ademais, são necessárias biopsia, punção lombar, tomografia

computadorizada e ressonância magnética para o diagnóstico adequado, cujas informações são úteis para decidir a maneira mais eficaz do tratamento. Uma vez que o processo terapêutico deverá, sempre que possível, ser individualizado. Portanto, deve-se atentar ao subtipo uma vez que o paciente fica exposto aos efeitos colaterais do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.391>

390

LINFOMA ÓSSEO PRIMÁRIO: RELATO DE CASO

H.C. Fonseca, A.C.C. Souza, M.C. Almeida, G.D. Cavalcanti, J.A.S. Filho, A.F.C. Júnior

Hospital Central Coronel Pedro Germano, Natal, RN, Brasil

Introdução: Os linfomas constituem um grupo heterogêneo de doenças linfoproliferativas, cujo cerne fisiopatológico é uma célula neoplásica que sofre expansão clonal, formando então o tumor, o qual infiltra as estruturas linfoides e por conseguinte migra para tecidos extranodais. Tais entidades nosológicas dividem-se em linfoma de Hodgkin (LH) e não-Hodgkin (LNH), sendo o linfoma ósseo um subtipo raro do LNH, no qual o osso é o sítio primário do tumor - em contraponto ao acometimento nodal clássico. Apresenta-se como lesões ósseas destrutivas, solitárias ou múltiplas, e representa menos de 2% de todos os linfomas em adultos. **Objetivo:** Este trabalho objetiva relatar um caso de linfoma ósseo primário, sob a forma de lombalgia incapacitante, trazendo à tona a discussão sobre o seu diagnóstico e terapêutica. **Relato de caso:** Mulher, 57 anos, relata dor lombar há 1 ano, moderada, diária, progressiva, contínua, com melhora parcial após uso de opioide fraco. Há 06 meses, refere piora do quadro algico, evoluindo para lombociatalgia de forte intensidade, que persiste até a admissão. Ao exame físico: hipocorada, força grau III em membro inferior direito e grau II em esquerdo. Trouxe exames: hemoglobina = 9.5; volume corpuscular médio= 93.8; leucócitos= 12.200. Para investigação, realizado mielograma, o qual revelou predomínio linfocitário compatível com linfoma não-Hodgkin. A tomografia computadorizada de abdômen evidenciou lesões líticas em gradil costal, quadril e fêmures, notando-se fratura em colo femoral esquerdo, com desalinhamento cranial. Constatou-se a ausência de linfonomegalias, firmando então o diagnóstico de linfoma ósseo primário. Paciente evoluiu estável, sendo instituída quimioterapia, composta por ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (esquema CHOP). Prescrito sulfametoxazol + trimetropim 1,6 g/dia + 320 mg/dia como profilaxia para pneumocistose. **Conclusão:** O linfoma ósseo primário é uma doença rara e ainda carece de evidências científicas robustas a seu respeito. No contexto de dor óssea, outros possíveis diagnósticos mais comuns são elencados previamente, a exemplo das doenças inflamatórias, sobrecarga mecânica, acometimento neoplásico secundário e, por fim, doença neoplásica primária. Entretanto, ressalta-se a necessidade e a importância de reconhecer essa patologia, pois apesar de os dados serem limitados, os resultados clínicos são mais

favoráveis em relação aos linfomas não ósseos de histologia comparável.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.392>

391

LINFOMA PRIMÁRIO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PACIENTES IMUNOCOMPETENTES: SÉRIE DE CASOS

G. Cattani, A.D. Ferrazza, B.C. Boeira, E.W. Silva, F.M. Aguiar, A.B. Florian, E.D.R. Vial, M.M. Silva, V.P.D. Badzinski, G.R. Bosi

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

Introdução: O linfoma primário de sistema nervoso central (LPSNC) é uma variante incomum de um Linfoma não-Hodgkin (LNH) que pode acometer cérebro, leptomeninges, olhos e medula espinhal sem evidência de doença nodal sistêmica. Representa 4% dos tumores de sistema nervoso central (SNC) e tem como principal fator de risco a imunossupressão. **Objetivo:** Relatar três casos de LPSNC em imunocompetentes. **Relatos de caso:** Caso 1: masculino, 65 anos, iniciou com alucinações visuais, amaurose, parestesias pelo corpo e afasia. Exame de imagem mostrou lesão expansiva em lobo occipital esquerdo. Imunohistoquímica confirmou Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB). Realizou quimioterapia com Metotrexate (MTX) (5 g/m²) e Rituximabe. Após primeiro ciclo evoluiu com perda de função renal, descontinuando tratamento. Foi submetido à radioterapia, com resposta completa, assintomático há 8 meses. Caso 2: masculino, 44 anos, apresentou desequilíbrio, rebaixamento do sensório e nistagmo. Exame de imagem indicou lesões expansivas em fossa posterior com compressão do quarto ventrículo, tronco cerebral e hidrocefalia supratentorial. Histopatologia confirmou LDGCB. Foi submetido à ressecção parcial da lesão, derivação ventricular externa e tratamento com MTX (5 g/m²). Após dois ciclos, evoluiu bem clínica e neurologicamente. Caso 3: feminina, 65 anos, com histórico de lesão granulomatosa biopsiada em SNC há 2 anos, em remissão com corticoterapia. No entanto, iniciou com quadro de cefaleia intensa. Realizou novo histopatológico que confirmou LDGCB. Exame de imagem com lesão infiltrativa fronto-parietal à direita nos giros pré e pós-central, edema e áreas frias compatíveis com neoangiogênese. Iniciou Rituximabe e MTX (5 g/m²), necessitando redução da dose de MTX por conta de neutropenia febril e mucosite grau 4. Teve boa evolução e tolerância, atingindo remissão completa. Todos os casos estão em seguimento, foram submetidos à estadiamento sistêmico sem alterações, e sorologia para HIV, que foi negativa. **Discussão:** O LPSNC afeta principalmente imunossupressos, porém registros sugerem um aumento dos casos em imunocompetentes, especialmente após os 60 anos. Sintomas B são raros, sendo comuns déficits focais, alterações intraoculares, mudanças de personalidade, cefaleia e letargia. Devido à dificuldade de penetração no SNC, as terapias convencionalmente usadas para o tratamento de LNH não são úteis na vigência de doença primária do SNC. Por outro lado, a passagem do MTX para o SNC é dose-dependente, tornando-o

