

LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS ASSOCIADO A IMPLANTE MAMÁRIO

MHS Durães^a, CC Sartório^a, FSB Ferreira^b,
D Escorcio^b, RFP Mendes^b, LKA Rocha^b,
FD Xavier^{a,b}

^a Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Sírio Libanês, Brasília, DF, Brasil

Introdução: O Linfoma Anaplásico de Grandes Células Associado a Implante Mamário (em inglês BIA-ALCL) é uma um linfoma T raro recentemente descrito pela Organização Mundial de Saúde. Até janeiro de 2020, um total de 733 casos foram descritos no mundo. Existem algumas limitações na definição epidemiológica desta patologia, como a falta de dados da prevalência de mulheres com implante mamário, o tipo de implante utilizado, a avaliação do total de eventos adversos associado a implante mamário – tais limitações dificultam estimar a incidência e risco de desenvolver esta patologia. Até o momento, praticamente todos os casos descritos estão associados a implantes texturizados, com sintomas que se desenvolvem de 5 a 22 anos após o implante. O diagnóstico é baseado em história clínica com efusão, massa, aumento de volume, dor, rash ou úlcera cutânea em mama após mais de 1 ano do implante e deve ser confirmado com citologia e imunofenotipagem por citometria de fluxo do seroma e/ou imuno-histoquímica. **Exposição do caso:** Paciente com prótese mamária com diagnóstico de BIA-ALCL. Paciente do sexo feminino, 60 anos, realizou implante mamário adicional em 2012, com troca de implante por prótese mamária texturizada em 2016. Dois anos após a troca, notou aumento da mama esquerda, sem outros sintomas associados. Realizou mamografia com alteração classificada como BI-RADS 6, com evidência de coleção peri-implante. Realizou PET-CT em que foi observado metabolismo periférico (SUV 1,9) na coleção líquida encapsulada envolvendo toda a prótese mamária esquerda, sem outros pontos de captação. Foi submetida a punção por agulha fina do seroma com evidência de alta celularidade com linfócitos atípicos, exame imuno-histoquímico evidenciou grandes células atípicas positivas para CD2, CD4, CD30, CD43, TIA-1, e negativo para CD3, CD5, CD7, CD20, PAX-5, ALK, compatível com o diagnóstico de BIA-ALCL. A paciente foi submetida a exérese das próteses com capsulectomia bilateralmente, sem necessidade de tratamento sistêmico, e mantém sem recidiva do linfoma após 1 ano de seguimento. **Discussão/Conclusão:** O BIA-ALCL é um linfoma não-Hodgkin de células T raro, que acomete mulheres com uso de prótese mamária com uma mediana de 8 a 11 anos após o implante. A doença geralmente é diagnosticada em estágio clínico precoce e tem curso indolente, apesar de haver relatos de casos com doença disseminada. No caso de doença localizada, medida conservadora com retirada da prótese é a chave do tratamento. Em casos avançados, além da exérese da prótese, recomenda-se também tratamento sistêmico com quimioterapia com regimes a base de antracíclicos (CHOP ou CHOEP), podendo ser considerado imunoterapia com anti-CD30 brentuximabe e radioterapia local para doença residual. O presente caso ilustra um caso de doença localizada de característica indolente, com tratamento cirúrgico,



mostrando que esta patologia deve ser lembrada como diagnóstico diferencial de seromas que se desenvolvem associados a implante mamário.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.133>

LINFOMA ASSOCIADO À MUCOSA EM BASE DE CRÂNIO: RELATO DE CASO

M Navarrina-Trindade^a, F Céspedes-Gurki^a,
M Silva-Santos^a, VJ Balestrin^a,
V Xausa-Bosak^a, F Fianco-Valenti^a,
G Beust-Amador^a, D Brum-Lamaison^b, D Laks^a

^a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil

^b Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil



O linfoma associado à mucosa (MALT), uma neoplasia de células B, é um subtipo de linfoma não-Hodgkin (LNH). Epidemiologicamente, os linfomas não-Hodgkin do sistema nervoso central são raros e representam 1,6% dos LNH. Neste relato, o foco do estudo é uma subclassificação do linfoma do sistema nervoso central MALT denominado linfoma de zona marginal extranodal/MALT (LMZME), pertencente a uma categoria do linfoma de zona marginal plasmocitóide. Nesta classificação, ainda se encontram o linfoma de sistema nervoso central nodal e linfoma de sistema nervoso central esplênico, representando estes, respectivamente, 7,6%, 1,8% e 1% dos LNH. Apesar destas três subclassificações apresentarem características imunofenotípicas e histopatológicas comuns, seu comportamento clínico é diverso. Tipicamente, o LMZME é mais prevalente em mulheres em proporção de 4:1 e a idade média ao diagnóstico é de 55, variando dos 29 aos 70 anos, apresentando-se como doença indolente em estágios iniciais, sendo comum observar nestes pacientes lesões não-expansivas. Todavia, pode haver transformação insidiosa para alto grau. Ressalta-se que o envolvimento de medula óssea e de linfonodos são raros. Devido à sua raridade, as opções terapêuticas para esta doença não foram totalmente estabelecidas. Os marcadores imunohistoquímicos presentes são CD19+, CD20+ e CD79a+, bem como CD21+, CD35+. Alternativas terapêuticas incluem radioterapia associada à quimioterapia imunoterapia adjuvantes. Altas doses de metotrexato são utilizadas em linfomas de alto grau de SNC, porém não é útil em linfomas de baixo grau do SNC, a menos que haja envolvimento das leptomeninges. Acerca da metodologia, realizou-se uma revisão retrospectiva em prontuário médico e de literatura. Paciente masculino, 75 anos, admitido em hospital geral com queixas de amnésia, urge-incontinência, ataxia de marcha (passos curtos) e cefaleia há 6 meses. Ao exame físico, REG, parcialmente orientado e sem alterações neuropsiquiátricas. Sinal de Babinski e Brudzinski ausentes. Ausência do reflexo palmomentoniano, sem sinais de oftalmoplegia ou alterações pupilares. Alterações sugestivas de hidrocefalia de pressão normal e lesão expansiva em base do crânio obtidas a partir de RNM. Identifica-se lesão difusa na rinofaringe posterior à direita, estendendo-se ao espaço carotídeo, seio sigmóide e forame jugular. No SNC ocupa parcialmente a

cisterna do ângulo ponto-cerebelar à direita. Não há evidências de outras lesões. Foi realizada derivação ventrículo-peritoneal e biópsia da lesão de base de crânio por meio de laparoscopia transnasal. À imunohistoquímica, marcadores CD19 +, CD20 +, CD27 +, e expressão atípica de CD43 e BCL2 em linfócitos B, fechando o diagnóstico de LMZME. Ao PET-CT não foram localizados outros focos de lesão. O paciente recebeu radiação em 24 Gy tendo importante redução da lesão e melhora do quadro neurológico com ganho na qualidade da marcha e cognição. Em suma, considerando a infiltração linfocitária no tecido, as imagens da RNM e o quadro clínico neurológico, trata-se de um linfoma B de baixo grau extranodal. Os pacientes em sua maioria têm bom prognóstico. Logo, este relato ilustra a rara ocorrência de LMZME e a necessidade de considerar essa entidade no diagnóstico diferencial das lesões do SNC.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.134>

LINFOMA CUTÂNEO DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B, TIPO PERNA: RELATO DE CASO DE FORMA RARA DE APRESENTAÇÃO DE LINFOMA CUTÂNEO

LB Lanza, ACON Luz, FA Silva, LV Cota,
NCR Cunha, RL Pacca, SS Fernandes,
TE Gonçalves, LC Palma

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São
Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

O Linfoma cutâneo difuso de grandes células B, tipo perna (LCDCBTP), é uma entidade nosológica rara, representando cerca de 4% de todos os linfomas primários cutâneos e 20% dos linfomas de células B cutâneos. Tipicamente incide em indivíduos idosos, com pico etário na sétima década de vida e predomínio no sexo feminino (razão homem:mulher 1:3-4). Clinicamente, apresentam-se tipicamente como lesões papulares violáceas, com rápida progressão para tumores vegetantes e/ou ulcerados e 'disseminação frequente para sítios extracutâneos. Acomete com mais frequência a metade inferior das pernas, mas também em outros locais com frequência aproximada de 15%. Como características histopatológicas, à microscopia esses tumores são compostos por infiltrado de centroblastos e imunoblastos, difuso, não-epidermotrópico. À imunofenotipagem, espera-se positividade para CD20 e CD79a e, diferentemente dos linfomas cutâneos de centro foliculares, há tenência de alta expressão dos marcadores BCL2, IRF4/MUM1, FOXP1, MYC, IgM e IgD em 50% dos casos, porém, em aproximadamente 10% dos casos há ausência da expressão de BCL2 e IRF4/MUM1. Índice proliferativo com frequência se encontra elevado. Em relação ao prognóstico, fatores como lesões múltiplas no momento do diagnóstico, extracutâneas, inativação do gene CDKN2A identificável em testes genéticos e mutação do gene MYD88 L265P estão associados a piores desfechos, a despeito de estudos dos últimos anos apontarem sobrevida de 5 anos de aproximadamente 50%, podendo ser essa tão maior quanto na faixa de 70% com o uso do Rituximabe ao esquema



poliquimioterápico CHOP. O relato de caso se refere a uma paciente do sexo feminino, com 65 anos de idade, natural e procedente de Franca-SP, com antecedentes pessoais de Sarcoidose e Hanseníase, apresentando-se em Setembro/2020 ao Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto-SP, com lesão ulcero-infiltrativa extensa em face pósterio-medial de coxa esquerda e lesão semelhante em região poplíteia com exposição muscular, de rápida progressão em aproximadamente 4 meses, sem sintomas B associados. Relata que buscara outros serviços previamente, mas sem diagnóstico definitivo na ocasião. Em investigação diagnóstica, indicada biópsia cutânea, cujo resultado evidenciou células de tamanho intermediário e grande, com alta relação núcleo/citoplasma, núcleos ovalados, cromatina fina e focos de necrose à microscopia e positividade para CD20, BCL2, MUM1, MYC e CD30 à imunohistoquímica, além de índice de proliferação em 80%, sendo esses achados compatíveis com LCDCBTP. Estadiamento com Tomografia Computadorizada e biópsia de medula óssea não evidenciaram sinais de acometimento extracutâneo. Devido idade e performance status da paciente reduzida, optado por início de tratamento com R-CHOP em dose reduzida, com boa resposta creditada a redução das lesões prévia e hoje em acompanhamento ambulatorial com especialidade. Como conclusão, a descrição de casos como deste trabalho faz-se necessária com caráter informativo, visando adicionar tal patologia ao rol de diagnósticos diferenciais, uma vez se tratar de uma condição rara, frequentemente subdiagnosticada ou, quando realizado, ocorre de forma tardia e em fase agressiva, o que reduz a probabilidade de resposta adequada ao tratamento e resulta em elevação das taxas de mortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.135>

LINFOMA CUTÂNEO PRIMÁRIO DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B TIPO PERNA TRATADO COM R-MINI-CHOP

NCR Cunha, RL Pacca, SS Fernandes,
AHA Resende, LS Oliveira, PCC Bariani,
PL Filgueiras, RMS Soares, LC Palma

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São
Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas cutâneos primários de células B (LCPCB) representam um grupo heterogêneo composto por três subtipos: linfoma cutâneo primário de células B da zona marginal, linfoma cutâneo primário centrofolicular e o linfoma cutâneo primário difuso de grandes células B tipo perna, sendo que este último representa 20% de todos os LCPCB e 4% de todos os linfomas cutâneos. É uma condição rara, de comportamento mais agressivo entre os LCPCB e existem poucos estudos clínicos sobre o tratamento. **OBJETIVO:** relatar um caso de Linfoma Cutâneo Primário Difuso de Grandes Células B, tipo perna ocorrido no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto em tratamento com R-Mini-CHOP e com bom resultado. **RELATO DE CASO:** mulher, 76 anos, previamente hipertensa, diabética e hipotiroidea, compareceu à consulta com relato de

