

lesões papulares em membros inferiores, com crescimento progressivo há 3 anos. Realizou biópsia cujo resultado revelou neoplasia linfóide de padrão difuso em derme, com células de tamanho intermediário e grande, com aspecto de centroblasto e imunoblastos, sem epidermotropismo, infiltrando difusamente a derme. O estudo imunohistoquímico revelou positividade das células neoplásicas para CD20, BCL-6 (fraco e focal), MUM-1, CD30, BCL-2 e negatividade para CD 10, Ciclina D1, ALK, C-MYC. O Ki67 foi de aproximadamente 80%. Às tomografias de estadiamento, a paciente não apresentava outras linfonodomegalias, a biópsia de medula óssea não apresentava infiltração medular e à avaliação clínica, ausência de sintomas B. Feito então o diagnóstico de Linfoma Difuso de Grandes Células B primário cutâneo, tipo perna, estadiamento T2bN0M0. Devido à idade e *performance status*, optado por realizar VI R-Mini-CHOP com reestadiamento interim. No momento, paciente encontra-se no IV R-mini-CHOP, com tomografias após o III R-mini-CHOP mantendo ausência de linfonodomegalias e com lesão em perna com melhora significativa. **Discussão:** o linfoma cutâneo primário difuso de grandes células B tipo perna é uma neoplasia linfóide rara caracterizada por lesões cutâneas em membros inferiores e que, diferentemente de outros linfomas cutâneos, pode se disseminar para sítios extracutâneos. Morfologicamente a biópsia da lesão mostra um infiltrado sem epidermotropismo com centroblastos e imunoblastos e a avaliação imunohistoquímica revela positividade para marcadores B (CD19+, CD20+, CD22+ CD79a+), BCL-6 e BCL-2. Apesar da expressão do BCL-2, a translocação cromossômica t(14;18) não é comumente vista. O rearranjo do MYC foi demonstrado em 13-43% dos casos, mas não há correlação entre o rearranjo e a expressão do MYC. O CD10 é geralmente negativo e pode haver expressão de imunoglobulina de superfície ou citoplasmática. O estadiamento do linfoma difuso de grandes células B primário cutâneo é feito pelo Sistema de estadiamento TNM do EORTC/Sociedade Internacional para Linfomas Cutâneos primários que não sejam micose fungóide ou síndrome de Sézary. O tratamento é feito com combinação de agentes quimioterápicos envolvendo o rituximabe e a radioterapia local isolada não é indicada na maioria dos casos. A presença de múltiplas lesões cutâneas ao diagnóstico é um fator de risco para piores desfechos. A sobrevida em cinco anos é de aproximadamente 41-66% e mais da metade dos pacientes vão apresentar recidiva da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.136>

LINFOMA DE ALTO GRAU NÃO RESPONSIVO À QUÍMIO E RADIOTERAPIA EM PACIENTE JOVEM - UM RELATO DE CASO

IL Silva, MFR Marques, TA Torres

Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (Iges-DF), Brasília, DF, Brasil

No Brasil, estimam-se quase 15 mil novos casos de linfomas para cada ano do triênio de 2020 a 2022, sendo o Linfoma não

Hodgkin (LNH) o mais incidente. Os linfomas de alto grau, se apresentam em cerca de 50% dos casos de LNH, sendo incluídos nessa categoria o linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, o linfoma folicular pouco diferenciado, o linfoma de células do manto, o linfoma de células T periférico e o linfoma de grandes células anaplásico. Embora o panorama de tratamento destes pacientes tenha mudado completamente com o advento do regime CHOP e a introdução do rituximabe nos casos de pacientes com CD20 positivo, aqueles em estágios avançados seguem apresentando poucas chances de cura. L. M.A.F, 20 anos, sexo feminino, residente em Brasília-DF, previamente hígida, procurou uma Unidade de Pronto Atendimento com queixa de edema em membros superiores, face e tronco, associado a dispnéia e posteriormente estridor respiratório. Os exames de imagem evidenciaram massa volumosa em mediastino com compressão de traquéia até a carina. Paciente foi encaminhada para um Hospital Terciário do Distrito Federal, com o intuito de realizar Biópsia e dar continuidade ao acompanhamento com Unidade de Cirurgia Torácica. Durante a realização da biópsia, observou-se a necessidade de realizar intubação orotraqueal e posteriormente traqueostomia, devido a grande dificuldade de ventilação da doente em função da compressão torácica pela massa mediastinal. Devido à piora clínica optou-se por início precoce da quimioterapia, sendo o regime CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina e vincristina) o escolhido. Nenhuma melhora clínica foi evidenciada em tomografia de tórax após o primeiro ciclo. O resultado da biópsia mostrou tratar-se de um Linfoma de Alto Grau - Imunofenótipo B com expressão de CD30, Ki 67 80-90%, CD3 negativo, CD20 positivo, CD10 negativo, CD30 positivo, CD23 negativo. Optou-se então por radioterapia de urgência em conjunto com o esquema quimioterápico DA-EPOCH (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e etoposídeo), a paciente realizou 2 ciclos deste protocolo. Não houve resposta ao tratamento e a mesma evoluiu com Síndrome da Veia Cava superior, Insuficiência Renal Aguda (IRA), arritmia cardíaca, derrame pericárdico, sepse, choque séptico e diversas reinfecções, sempre tratadas com antibióticos de amplo espectro, por tempo prolongado. Como consequência de suas complicações, a paciente perdeu a movimentação dos membros superiores, apresentando limitações importantes de amplitude de movimento, encurtamentos e contraturas musculares e fraqueza generalizada. Ademais, o quadro evoluiu com impossibilidade de desmame da ventilação mecânica por franco desconforto respiratório e lesão por pressão, devido a imobilidade. Dado a impossibilidade de dieta oral, iniciou terapia nutricional enteral evoluindo com intolerância à fórmula enteral, sendo necessário o uso de nutrição parenteral total. Por não apresentar mínima resposta aos tratamentos propostos, a unidade de hematologia priorizou pela realização apenas medidas de conforto, excluindo a possibilidade de tratamento curativo e orientando a equipe a não realizar medidas heróicas como: reanimação cardio respiratória em caso de Parada Cardiorrespiratória, configurando então, o caso como cuidados paliativos exclusivos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.137>

