

LINFOMA NÃO-HODGKIN

RELATO DE CASO: LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE E APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA ATÍPICA

GKM Grigoletto, RB Cardoso, F Mazotti

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA),
Marília, SP, Brasil

Objetivo: Contribuir para ampliação do raciocínio clínico em diagnóstico diferencial de lesões cerebrais. Visto que o caso clínico descrito é de incidência rara, acometendo perfil de paciente atípico e de apresentação radiológica atípica. **Materiais e métodos:** Paciente, branco, sexo masculino, 27 anos, brasileiro, motorista de aplicativo, iniciou quadro com cefaleia holocraniana e turvação visual principalmente durante sua atividade laboral, no período noturno. Buscou atendimento com médico oftalmologista e iniciou uso de óculos com lentes de correção de grau, seguiu com os mesmos sintomas, então realizou ressonância magnética de crânio que evidenciou múltiplas lesões cerebrais (lesões nodulares localizadas no ângulo ponto cerebelar bilateralmente, medindo 2,9 x 2,5 cm à direita e 3,2 x 2,6 cm à esquerda, pequena lesão 1,1 x 1,7 cm periaquedutal à direita, lesão 1,8 x 1,6 cm circundando o terceiro ventrículo e outra lesão de 1,5 x 1,3 cm junto próximo ao ventrículo lateral esquerdo). Foi realizado biópsia cerebral e estudo de espectroscopia por ressonância magnética localizada na lesão do ângulo ponto cerebelar esquerda que demonstrou redução do pico de colina e do pico de NAA, sugerindo processo neoplásico. Laudo de anatomopatológico confirmou linfoma maligno de grandes células e imuno-histoquímica confirmou linfoma de células B grandes (CD 20 positivas) com alto índice de Ki-67, compatível com linfoma difuso de grandes células B. Exames de sorologias virais e bioquímica afastou causas de imunossupressão. Estadiamento foi realizado com tomografias computadorizadas com contraste em tórax, abdome total e pelve, todas sem evidência de lesões. Coleta de líquido cefalorraquiano com pesquisa negativa para células neoplásicas. Análise de medula óssea por meio de mielograma e imunofenotipagem, ambas sem evidência de doença. Sendo assim, confirmado linfoma difuso de grandes células B primário de sistema nervoso central. Foi iniciado o protocolo quimioterápico R-MVP (Rituximabe, Metotrexato, Vincristina, Procarbazina) realizado todas as medicações exceto procarbazina devido a indisponibilidade no sistema único de saúde (SUS). **Resultados:** Até o momento já realizou três ciclos de quimioterapia, evoluiu com melhora clínica, segue com suas atividades laborais normalmente, e mesmo diante da alta dose de metotrexato (MTX) não desenvolveu alterações hematológicas e/ou neurotóxicas, portanto sem necessidade de transfusão de hemocomponentes e tratamentos adicionais. **Discussão e conclusão:** Considerando que o tratamento encontra-se em curso, com três ciclos de quimioterapia realizados, os dados clínicos apresentados ainda podem sofrer alterações. O tratamento de indução será

continuado com proposta de transplante de medula óssea no tratamento de manutenção.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.642>

RELATO DE CASO: ASSOCIAÇÃO DE LINFOMA NÃO HODGKIN E PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE CRÔNICA

BK Losch^a, FK Tornquist^a, EW Silva^a,
VL Bueno^a, AH Schuck^a, TS Hahn^a, MFL Pezzi^a,
LV Calderan^a, LM Lorenzi^a, RD Lorandi^b^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do
Sul, RS, Brasil^b Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS,
Brasil

Introdução: Os linfomas de alto grau são responsáveis por cerca de 50% de todos os casos de Linfomas não Hodgkin (LNH) e englobam diversas variantes, dentre elas, o mais encontrado na população adulta é o LNH difuso de grandes células B. A associação de doenças linfoproliferativas com púrpura trombocitopênica imune (PTI) é classicamente vista em casos de leucemia linfocítica crônica. Contudo, há relatos na literatura de sua apresentação conjunta com LNH. **Objetivo:** Relatar o caso de púrpura trombocitopênica imune crônica precedente ao diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB). **Relato do caso:** Paciente de 19 anos, masculino, acompanhava há 3 anos com hematologista por quadro clássico de PTI crônica, o qual costumava apresentar boa resposta à corticoterapia intermitente durante os episódios de trombocitopenia. Todavia, durante um dos ciclos de corticoterapia, iniciou com tosse persistente associada à sudorese noturna e febre. Aventou-se a hipótese de tuberculose pulmonar visto a imunossupressão, mas baciloscopias foram negativas. Dessa forma, foram realizados exames complementares que evidenciaram linfonodomegalias difusas em exames tomográficos, além de pancitopenia. Assim, optou-se por biopsiar um dos linfonodos suspeitos, o qual confirmou o diagnóstico de LNH de grandes células B. Durante a espera pelos resultados imunohistoquímicos, paciente iniciou com lesão renal aguda não oligúrica e distúrbios hidroeletrolíticos compatíveis com síndrome de lise tumoral, sendo realizado manejo conservador em regime de UTI, sem critérios para terapia dialítica. Após melhora, optou-se por instituir protocolo CHOP. Atualmente, segue terapia oncológica sem novos episódios de trombocitopenia ou complicações com necessidade de internação. **Discussão:** A prevalência de trombocitopenia em LNH é incerta, porém ocorre com maior frequência nos subtipos linfoplasmocítico e zona marginal. Nesses casos, a PTI costuma se apresentar durante ou após o diagnóstico. Em contrapartida, quando a trombocitopenia precede os demais achados, como ocorreu neste relato, acredita-se que seja por um linfoma ainda oculto. A fisiopatologia da PTI secundária a doenças linfoproliferativas é desconhecida, mas alguns autores atribuem sua ocorrência à produção de autoanticorpos pelo clone neoplásico ou decorrente da

estimulação antigênica contínua pelo tumor. Ademais, outras citopenias autoimunes podem ocorrer, isoladas ou associadas à PTI, sendo a anemia hemolítica autoimune a mais comum. **Conclusão:** Em suma, as citopenias autoimunes são uma complicação possível de ocorrer nas neoplasias linfoproliferativas. Podendo, inclusive, ser a primeira manifestação da doença. Assim, pacientes com estas manifestações devem ser acompanhados, atentando ao surgimento de sintomas atípicos que possam ser indicativos de malignidades.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.643>

RELATO DE CASO: LINFOMA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS T

BK Losch^a, FK Tornquist^a, GS Schramm^a,
EW Silva^a, MFL Pezzi^a, LV Calderan^a,
AH Schuck^a, TS Hahn^a, LM Lorenzi^a,
RD Lorandi^b

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

^b Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O linfoma linfoblástico (LLB) representa 1 a 2% dos linfomas não Hodgkin (LNH), ocorre predominantemente entre homens adolescentes e adultos jovens. Em adultos, o LLB de células T representa 90% dos casos, podendo ser associado ou não a leucemia linfoblástica de células T quando houver acometimento medular (mais de 20% de blastos). **Objetivo:** Relato de caso de paciente com linfoma linfoblástico de células T. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 27 anos, é encaminhada para hematologista devido à massa mediastinal em exame tomográfico, relacionada a sintomas de astenia, disfagia e inapetência com perda ponderal de 4 kg em 2 meses. Dessa forma, realizou-se biópsia da massa, a qual foi compatível com linfoma linfoblástico de células T (Ki-67 positivo em 70%, CD3 positivo, TdT positivo, PAX5 negativo). Assim, foi optado por iniciar quimioterapia com HiperCVAD. Contudo, após 20 dias de tratamento, a paciente apresentou neutropenia severa, evoluindo para sepse com necessidade de internação em unidade de terapia intensiva (UTI). Houve melhora clínica significativa, seguindo tratamento com HiperCVAD e encaminhada ao serviço de transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico como plano de consolidação. **Discussão:** A doença costuma se apresentar com linfonodomegalias supra diafragmáticas e/ou massa mediastinal, tendo sintomas B em 50% dos casos. Mais de 80% dos pacientes abrem o quadro em estágio III ou IV de Ann Arbor, com uma evolução bastante variável, podendo progredir rapidamente ou ao longo de meses. O prognóstico costuma ser pior em adultos quando comparado com as crianças. O tratamento é realizado com esquemas poliquimioterápicos, geralmente com protocolo Hyper-CVAD. O rastreamento e profilaxia de sistema nervoso central não é bem esclarecido na população adulta, geralmente sendo realizado caso houver presença de sintomas neurológicos. Em pacientes de alto risco, como o caso, é indicado a realização de TCTH como complementação terapêutica em vistas à

umentar a sobrevida livre de doenças. Os casos refratários apresentam prognóstico reservado, nesses, se possível, é indicado a admissão em ensaios clínicos. **Conclusão:** Dessa forma, pela raridade da doença, falta substrato para evidências científicas robustas. Até o momento, tem se mostrado superior o tratamento da LLB T com protocolos de leucemia linfoblástica aguda ao invés de linfoma não hodgkin, porém, ainda faltam terapêuticas para pacientes com doenças refratárias.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.644>

RELATO DE CASO: LINFOMA MALT DE CECO

TS Hahn^a, VT Almeida^a, AH Schuck^a,
LV Calderan^a, EW Silva^a, LM Lorenzini^a,
BK Losch^a, MFL Pezzi^a, RD Lorandi^b

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

^b Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O linfoma do tecido linfóide associado à mucosa (MALT), pertence ao grupo dos linfomas não-Hodgkin e é considerado uma doença indolente e rara. Dentre as neoplasias malignas encontradas em todo trato gastrointestinal, os linfomas primários apresentam uma ocorrência de 1% a 4%, e entre os tumores colônicos, os linfomas não chegam a superar 1%, sendo o tipo MALT o mais comum. Apesar das opções terapêuticas, a cura ainda não é uma realidade, mesmo assim os pacientes conseguem ter uma boa qualidade de vida com o diagnóstico precoce e tratamento correto. **Objetivo:** Relatar um caso de linfoma do tecido linfóide associado à mucosa (MALT) primário de cólon com complicações hemorrágicas em paciente testemunha de Jeová. **Relato de caso:** Paciente feminina, de 65 anos, testemunha de Jeová, com história de sangramento nas fezes, realizou colonoscopia à qual visualizou tumor no ceco. Realizou colectomia direita videolaparoscópica com linfadenectomia retroperitoneal. Evoluiu com deiscência de anastomose, sendo necessário laparotomia exploratória com ressecção de anastomose e ileostomia protetora. A imunohistoquímica apresentou Linfoma de zona marginal extranodal (MALT) com Ki67 positivo 20%. Por conseguinte, optou-se por realizar 6 ciclos de CVP. No seguimento clínico, a PET CT pós tratamento não evidenciava lesões sugestivas de doença ativa, sendo feita a correção da ostomia, todavia, apresentou complicações hemorrágicas e, devido sua crença, negou a transfusão de sangue. Por esse motivo, foi internada em leito de UTI com hemoglobina de 4,3 g/dL, assim, foi feito uso de eritropoetina e ferro, com boa resposta às medicações, sendo capaz de receber alta hospitalar com níveis toleráveis de hemoglobina. **Discussão:** O conceito de linfoma do tipo associado ao tecido linfóide mucoso foi introduzido por Isaacson e Wright em 1983. O tecido MALT é encontrado habitualmente através dos intestinos na forma de agregados como as placas de Peyer no íleo distal, linfócitos intra-epiteliais e células linfóides na lâmina própria. O desenvolvimento desta patologia no ceco deriva da estimulação antigênica crônica secundária a agentes infecciosos ou