

massa em mediastino, no qual evidenciou um resultado compatível com LBPM, com imuno-histoquímica: CD20+, BCL6+, MUM-1+, CD23+, CD45+, CD30+. Ki- 67 alto índice. Nesta ocasião, o estadiamento clínico Ann Arbor IIA. Foi realizada quimioterapia citorrredutora COP e na sequência foi instituída quimioterapia com protocolo R-DA-EPOCH por 6 ciclos. Após isso, PET CT expôs estudo sem evidência de lesões hipermetabólicas com relevância oncológica, tendo resposta completa após o 6º ciclo. Dois meses após, o paciente abre quadro febril de origem indeterminada mais desconforto em mamilos, barramento visual e disfunção sexual. Posto isso, novas TC não mostraram lesões expansivas. Pela queixa do desconforto mamilar foi solicitado prolactina, revelando nível elevado. Isso motivou a realização de uma Ressonância Magnética (RNM) de crânio e hipófise, com visível recaída do linfoma em hipotálamo, infiltrando quiasma óptico bilateralmente. Foram dosados hormônios pituitários com todos abaixo dos seus níveis séricos normais, evidenciando Pan-Hipopituitarismo. Realizou-se protocolo de quimioterapia de resgate, MATRIX, junto com reposição hormonal. Uma nova RNM apontou uma redução total de 80% da lesão no SNC. No momento o paciente encontra-se em aguardo de um transplante de Medula óssea autólogo. **Discussão:** O LBPM se apresenta como massa localizada no mediastino anterior com crescimento acelerado, tendo sintomas como tosse, dispneia, disfagia e síndrome da veia cava superior precocemente. É mais comum a invasão de pleura, pulmão, pericárdio e parede torácica que em outras variantes de LDGCB. Ademais, em casos de disseminação, o SNC é comumente acometido. **Conclusão:** O caso demonstra o poder que alguns subtipos de Linfomas têm de acometer outros tecidos e órgãos. Logo, o caso trata-se de um LBPM que, mesmo apresentando uma boa remissão quimioterápica, apresentou-se em uma forma extranodal, acometendo o SNC, o que trouxe como consequência para o paciente um Pan-hipopituitarismo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.669>

RELATO DE CASO: LINFOMA/LEUCEMIA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS T REFRATÁRIO

AH Schuck^a, CT Burtet^a, TS Hahn^a, EW Silva^a, MFL Pezzi^a, LV Calderan^a, BK Losch^a, LM Lorenzini^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 de células T (LLB T) é um tipo de Linfoma não Hodgkin, podendo ser classificado como linfoma ou leucemia linfoblástica aguda dependendo do nível de acometimento da medula óssea (MO). É um tumor relativamente raro, representando cerca de 1-2% dos casos de linfomas, com predominância no sexo masculino. **Objetivo:** Relatar um caso de leucemia/linfoma linfoblástico T refratário. **Relato do caso:** Paciente masculino, 31 anos, previamente hígido. Interna em hospital terciário em 2022 por dor em região retroesternal e em hemitórax à direita,

associado à odinofagia e perda ponderal de 4 kg em dois meses. Ademais, relatou aumento de região cervical, edema palpebral bilateral, febre e artralgia difusa, trazendo importante limitação das atividades diárias. Na admissão, devido aos sinais de síndrome de veia cava superior, solicitou-se raio X de tórax, o qual demonstrou aumento mediastinal. A tomografia computadorizada (TC) de tórax e pescoço evidenciou uma lesão expansiva no mediastino anterior de aspecto neoplásico. Prosseguiu-se com mediastinotomia para coleta de amostra, com imunohistoquímica compatível com linfoma linfoblástico T; aspirado de (MO) acometida desde o diagnóstico. Assim, iniciou-se corticoterapia e tratamento quimioterápico com protocolo Hyper-CVAD, com resposta clínica satisfatória, alcançando doença residual mensurável (DRM) de 0,014%, sendo optado por não realizar escalonamento de terapia devido os diversos episódios de neutropenia febril após cada ciclo quimioterápico. Contudo, durante a manutenção foi evidenciando recidiva da doença em sangue periférico (leucócitos 13.710/mm³ com 45% de blastos) e acometimento medular de 92% de blastos. Dessa forma, optou-se pela reindução com novos ciclos de Hyper-CVAD como tentativa de uma nova remissão enquanto aguarda por transplante. **Discussão:** O LLB T pode se apresentar com linfadenopatia (cervical, supraclavicular e axilar) ou massa mediastinal, podendo gerar complicações como síndrome da veia cava superior, obstrução traqueal e derrame pericárdico. O diagnóstico de leucemia/linfoma linfoblástico de células T é obtido com uma biópsia de MO, com ou sem biópsia de outros tecidos envolvidos. O termo linfoma/leucemia é usado se houver $\geq 20\%$ de blastos na MO, com ou sem uma lesão em massa. O melhor tratamento não é claro na literatura, sendo a quimioterapia combinada a principal opção. Estudos sugerem quimioterapia de manutenção por até dois anos após o tratamento para reduzir recidivas e, apesar da boa resposta ao tratamento para linfoma não Hodgkin, as recidivas são comuns. A avaliação da DRM é essencial para o acompanhamento desses pacientes, podendo guiar a necessidade de escalar o tratamento conforme seus valores. Além disso, o transplante alogênico de células hematopoiéticas é uma alternativa, sendo indicado a terapia preparativa prévia (quimioterapia/radioterapia) a fim de reduzir a carga de blastos leucêmicos. **Conclusão:** O tratamento preconizado para o linfoma/leucemia linfoblástica T é quimioterapia e transplante de MO. Embora este linfoma seja de crescimento rápido, quando não há acometimento de MO ao diagnóstico, a chance de cura com quimioterapia é consideravelmente alta. No entanto, após a disseminação para a MO, apresenta pior prognóstico e risco de recidivas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.670>

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B EM MAXILA: RELATO DE CASO

AJB Melo^a, NLP Rangel^a, IFC Oliveira^a, JMD Nascimento^b, RVBD Oliveira^b

^a Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), Passos, MG, Brasil