

^b Hospital Regional do Câncer de Passos (HRC), Passos, MG, Brasil

Introdução e objetivos: Linfomas são um grupo amplo de neoplasias do sistema linfático divididas classicamente em: linfoma de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin. Aproximadamente um terço dos linfomas não-Hodgkin (LNH) ocorrem em sítios extra-linfáticos, mais comumente no trato gastrointestinal e cabeça e pescoço. Os LNH correspondem ao segundo tumor maligno não epitelial mais prevalente na cavidade oral e região maxilofacial. O objetivo do presente estudo é descrever um caso de linfoma de células grandes B em seio maxilar, destacando a possibilidade da manifestação desse tipo de câncer nesse sítio, suas repercussões e o desafio do diagnóstico precoce. **Apresentação do caso:** Homem, 66 anos, diabético, dislipidêmico, com hipotireoidismo, apresentou odontalgia, que evoluiu para dificuldade de respiração nasal à direita, dificuldade visual no olho direito, dor em hemiface direita e rinorreia amarelada noturna. O paciente inicialmente procurou o dentista que solicitou raio x panorâmica e indicou tratamento endodôntico. Após realizados 2 tratamentos, porém sem melhora, realizou-se uma tomografia de face, encontrando-se uma formação sólida com epicentro em seio maxilar direito com expansão para espaço mastigatório, fossas nasais, células etmoidais, recesso frontal, faringe, cavidade oral e outros, com extensão estimada de 4,1x7,3x4,9cm. Posteriormente, realizada uma nasofibrolaringoscopia flexível, concluiu-se a presença de lesão proveniente do meato médio com obstrução nasal à direita e abaulamento até rino-faringe. A fim de confirmar o diagnóstico, em biópsia da lesão no seio maxilar direito, confirmou-se o diagnóstico de linfoma não-Hodgkin difuso de células grandes com padrão de células de centro germinativo, de acordo com algoritmo de Hans. Como escolha de tratamento, foram realizados 6 ciclos de R-CHOP e, em seguimento, realizado PET-TC, apresentando Deauville 3 em maxila direita. O paciente foi encaminhado para radioterapia, devido à extensão inicial da lesão. **Discussão:** Dentre os linfomas não-Hodgkin, o Linfoma Difuso de Grande Células B (DLBCL) é o mais frequente. O DLBCL pode apresentar sintomatologia diversificada de acordo com a área afetada, dessa forma, pela manifestação inespecífica, é comum erros no diagnóstico com consequente indicações terapêuticas inadequadas. O tratamento depende de diversos fatores, como o subtipo de DLBCL, o estágio, o grau do DLBCL, a idade do paciente e seu estado geral de saúde. No caso relatado, o paciente possui doença de alto grau, com manifestação odontológica, sendo conduzido por profissional não médico que realizou 2 tratamentos endodônticos, os quais não foram eficazes para melhora significativa. Dessa forma, postergou-se o diagnóstico, bem como pela impossibilidade de visualizar a lesão por exame panorâmico. Embora demora diagnóstica, houve desfecho positivo logo após o início do tratamento condizente com o quadro patológico (quimioterápico), posteriormente apresentando-se bem clinicamente, em seguimento radioterápico. **Conclusão:** O linfoma não-Hodgkin da cavidade oral é uma condição rara. Nesse contexto, é essencial o diagnóstico precoce, no intuito de evitar terapias injustificadas e de iniciar rapidamente o tratamento adequado para melhor desfecho clínico. Por

consequente, ressalta-se a importância do trabalho multidisciplinar no manuseio desta doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.671>

LINFOMA PLASMABLÁSTICO SEM INFECÇÃO POR HIV - RELATO DE CASO

MG Cliquet, G Lazzari, LS Goes, JA Rena, DR Spada, BN Nascimento, GM Pascoal

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Sorocaba, SP, Brasil

Introdução: O linfoma plasmablástico (LPB) consiste em um linfoma não Hodgkin de células B raro e agressivo, frequentemente associado à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, em até 70% dos casos, pelo vírus Epstein-Barr. O LPB é tipicamente extranodal e acomete, principalmente, a cavidade oronasal e o sistema gastrointestinal. O perfil imunofenotípico da LPB apresenta positividade para CD79a, IRF-4/MUM-1, BLIMP-1, CD38 e CD138 além de restrição de cadeia leve de imunoglobulinas citoplasmáticas (kappa ou lambda). Ainda, é negativo para os marcadores de células B CD19, CD20 e PAX-05, podendo ser fracamente positivo para CD45 e possui índice de proliferação K1-67 elevado. Há divergências nos estudos atuais em relação à abordagem terapêutica. A maioria dos estudos ressalta a necessidade de esquema quimioterápico mais agressivo e define a associação do esquema EPOCH (etoposídeo, prednisona, vincristina, ciclofosfamida e doxorrubicina) como escolha inicial. **Objetivos:** Relatar um caso de linfoma plasmablástico sem associação com infecção por HIV. **Materiais e métodos:** Avaliação de prontuário. **Relato de caso:** Homem de 70 anos, apresentou quadro de dor em flanco direito e sudorese noturna associada à perda ponderal de 5 kg em um mês, sem febre ou linfonodomegalias. Evoluiu com parestesia e paralisia em MIE, além de dispneia aos esforços e ortopneia. Buscou auxílio médico em outro serviço e realizou ressonância magnética de abdome que apresentou volumosa formação expansiva retroperitoneal sólida de contornos lobulados envolvendo e colabando a veia cava inferior, medindo cerca de 19,5 x 8,4 x 7,0 cm. O exame anatomopatológico cirúrgico da lesão apresentou achados histológicos e imunofenotípicos compatíveis com linfoma plasmablástico. Imunohistoquímica positiva para CD 138, CD 43, CD 79 Alfa CY, K1 67 (100%) e MUM-1. Apresentou sorologias negativas para HIV, hepatites B e C, toxoplasmose e vírus Epstein-Barr. Encaminhado para o serviço de referência e realizado estadiamento e biópsia de medula óssea. Iniciado a primeira sessão de quimioterapia com esquema EPOCH como proposta terapêutica. Atualmente, o paciente encontra-se assintomático e sem queixas. **Discussão:** Em um estudo realizado em 2020 pela USP, foram descritos apenas 600 casos de linfoma plasmablástico (LPB) na literatura. O caso relatado possui algumas particularidades como o fato de apresentar-se como formação expansiva retroperitoneal e ser um paciente com sorologias negativas para HIV e Epstein-Barr. O acometimento meníngeo é comum e, nesses casos, pode ocorrer radiculalgia, dorsalgia, paralisia de

nervo craniano, perda sensorial e fraqueza. O paciente descrito apresentou paresia e parestesia em MIE e, embora não tenha sido realizado o diagnóstico de infiltração de SNC, foi proposta a quimioterapia intratecal. Atualmente, a maioria dos estudos encontrados recomendam 6 ciclos de quimioterapia com esquema EPOCH ajustados para a dose infusional com profilaxia intratecal a cada ciclo como proposta terapêutica. O bortezomib e a lenalidomida são agentes adicionais à terapia que demonstraram resultados promissores. **Conclusão:** O LPB consiste em uma doença rara e de evolução agressiva. O tratamento de escolha foi baseado na literatura atual sobre o linfoma. A baixa frequência desse linfoma não permite ainda definição de protocolos mais eficazes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.672>

LINFOMA DE ZONA MARGINA EXTRANODAL LOCALIZADO EM HIPÓFISE E LEPTOMENINGE: UM RELATO DE CASO

FGB Chaves, AL Oliveira, ACLD Nascimento, RS Kojima, BFC Galvão, LFBH Junior, AID Ennes, GA Vieira, ACA Silveira, N Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma de zona marginal (LZM) é uma doença linfoproliferativa pós centro germinativo, sendo o 2º subtipo mais prevalente de linfoma não Hodgkin B indolente. A apresentação ocorre nas formas nodal, esplênica e extranodal, sendo esta última presente em 2/3 dos casos. Sua evolução indolente torna o diagnóstico desafiador, em especial na ausência de achados sistêmicos. A doença extranodal é classicamente de localização gástrica, seguida pelas formas ocular e pulmonar. O acometimento de sistema nervoso central, por sua vez, é bastante infrequente, sendo em geral observado em linfomas agressivos e, nos poucos casos descritos para LZM, tem localização paquimeníngea. A seguir, relatamos uma apresentação rara de LZM, na forma de doença hipofisária e leptomeníngea. **Relato de caso:** Paciente masculino, 63 anos, em investigação de hipogonadismo e panhipopituitarismo. Procura urologista devido episódios de calafrios alternados com ondas de calor de 3 anos de duração. Identificada redução de testosterona e hormônios tireoideanos, sendo realizada reposição hormonal. Posteriormente, evolui com oscilação de níveis pressóricos até que, após episódio de crise hipertensiva e mal estar, interna para investigação. Realizada tomografia de crânio que identificou tumor de hipófise de 2,5 x 1,8 x 1,7 cm, suspeito de microadenoma hipofisário, submetido a ressecção cirúrgica total. Na análise anátomo-patológica, porém, observada presença de infiltrado linfóide difuso, que, aliada à imunohistoquímica, confirmou diagnóstico de linfoma de zona marginal extra-nodal. Paciente foi estadiado com PET-CT, negativo para captações anômalas, e exame medular, com achado de 10% de linfócitos B atípicos, possivelmente secundários a infiltração de doença. O exame de líquido evidenciou 88,4% de linfócitos B maduros com restrição de cadeia leve lambda, compatíveis com infiltração leptomeníngea do linfoma. Diante de paciente

oligossintomático, com diagnóstico de linfoma indolente de acometimento atípico de sistema nervoso central, definido por manter vigilância ativa, com controle periódico de doença com exame de líquido e imagem. Paciente atualmente encontra-se em bom estado geral, realizando seguimento ambulatorial. **Discussão:** Apresentamos caso de linfoma de zona marginal de localização e apresentação bastante rara, caracterizado por panhipopituitarismo decorrente de sítio extranodal hipofisário e leptomeníngeo de doença. Devido doença localizada, foi realizado tratamento cirúrgico exclusivo, através de ressecção de massa pituitária, e acompanhamento clínico. Os poucos casos descritos em literatura de LZM localizados em sistema nervoso central (SNC), demonstraram boa resposta à terapia localizada com cirurgia e/ou radioterapia, sem evidência de ganho de sobrevida ou resposta completa com inclusão de quimioterapia sistêmica. A vigilância ativa, em contrapartida, constitui opção válida e frequentemente recomendada na condução de casos de linfomas indolentes assintomáticos e de baixo risco clínico. **Conclusão:** A apresentação clínica e diagnóstico do linfoma de zona marginal ocorre de maneira bastante heterogênea e, embora extremamente incomum, a infiltração de sistema nervoso central pode estar presente, nas mais distintos sítios anatômicos. A alta suspeição diagnóstica é de suma importância, de modo a permitir a identificação precoce da doença e tratamento individualizado apropriado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.673>

LINFOMA DE BURKITT COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÃO EXPANSIVA RETRO-ORBITÁRIA: RELATO DE CASO

JGM Lusvarghi, BMA Pacheco, ABS Fonseca, ACP Nascimento, AMDS Pinheiro, HC Amaral, RMSD Reis, LOC Barbosa, GBL Oliveira

Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas, Poços de Caldas, MG, Brasil

Objetivo: Relatar uma apresentação em sítio atípico de Linfoma de Burkitt, demonstrando a importância do diagnóstico precoce e tratamento ágil. **Relato de caso:** Masculino, 31 anos, branco, portador de HIV em tratamento regular, procura unidade de pronto atendimento devido a exoftalmia associado a efeito de massa no olho esquerdo, com início há duas semanas e aumento progressivo. Associado ao quadro, referia perda de peso involuntária e sudorese noturna. Admitido em hospital terciário com hipótese diagnóstica inicial de celulite periorbitária esquerda e iniciado empiricamente antibioticoterapia. Porém, já na admissão, foi realizada tomografia de crânio contrastada que evidenciou volumosa formação expansiva na região súpero-lateral da órbita esquerda com envolvimento da glândula lacrimal, dos músculos reto e oblíquo superior e reto lateral ipsilaterais, determinando importante proptose do globo ocular. Submetido a RNM de crânio e face, a qual mostrou lesão em seio maxilar esquerdo que também infiltrava a maxila. Realizada ressecção da lesão em cavidade oral mucosa jugal e mucosa de lábio inferior e encaminhado material para biópsia. Ao exame histopatológico foi