

indivíduos com doença nodal generalizada. O LNHZM com acometimento extranodal de conjuntiva é uma condição rara e este relato tem como objetivo registrar o seu curso clínico, alterações nos exames complementares, tratamento e desfecho. **Apresentação do caso:** Paciente de 33 anos, sexo feminino, sem comorbidades, com diagnóstico de LNHZM esplênico, último estadiamento Ann Arbor IVB, com acometimento de conjuntiva. Foi diagnosticada com estágio IVA, com medula óssea acometida, tendo sido realizado tratamento com 8 ciclos de quimioterapia (QT) com Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisolona (R-CVP). Evoluiu com resposta ao tratamento, porém, após dois anos, foi diagnosticada a recaída da doença: tomografia por emissão de pósitrons - tomografia computadorizada (PET-TC) evidenciou linfadenomegalias, nova esplenomegalia de grande monta e acometimento de conjuntiva, local que foi biopsiado e comprovada a recaída. Fez tratamento com 3 ciclos de Rituximabe, Dexametasona, Citarabina e Cisplatina (R-DHAP), com boa resposta ao tratamento, tendo sido o último ciclo após um ano da descoberta da recaída. Novo PET-TC Pet mostrou resposta parcial, favorável ao tratamento. Fez esplenectomia três meses após a finalização do tratamento devido à esplenomegalia de grande monta, além de citopenias relacionadas (leucopenia, neutropenia e trombocitopenia). Pós-operatório revelou boa recuperação clínica, sendo encaminhada para transplante de medula óssea (TMO). **Discussão e conclusão:** LNHZM é uma doença agressiva, tendo como o diferencial a presença de acometimento conjuntivo. Esse achado clínico é extremamente atípico, sendo comprovado a sua relação com o avanço do linfoma pela biópsia. Além disso, corrobora-se com a literatura a melhora do paciente com os ciclos de R-DHAP. Diante disso, torna-se evidente a importância de relatar uma doença rara junto a uma manifestação ainda mais incomum e que possui evidências de uma boa resposta a um medicamento já comercializado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.385>

LINFOMA FOLICULAR COM LESÕES ÓSSEAS: UM RELATO DE CASO

LG Carvalho^a, AMS Felix^a, VR Oliveira^a,
HL Serrano^a, GBD Ferraz^b, FNT Alvim^b,
MB Figueiredo^b, JV Rodrigues^b,
ALC Monnerat^b, MKP Lusis^a

^a Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói,
RJ, Brasil

^b Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP),
Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ,
Brasil

Objetivo: Relatar um caso de Linfoma folicular com lesões osteolíticas ao diagnóstico. **Material e métodos:** Revisão do prontuário médico, dos exames de imagem e dos histopatológicos. **Relato do caso:** Mulher de 49 anos vem apresentando dor óssea de forte intensidade na região lombo-sacra há um ano. Relata dislipidemia, amigdalectomia na infância e cesárea aos 23 anos. Parou de fumar há 10 anos. A Ressonância magnética mostrou múltiplas lesões ósseas nos corpos vertebrais e bacia e tecido de partes moles invadindo o canal sacral. Dois

meses depois, a paciente notou adenomegalias cervicais e foi encaminhada para o serviço de hematologia do HUAP. Ao exame a paciente tinha fâcies de dor, estava levemente hipocorada, com adenomegalias cervicais e axilares bilaterais. Não havia visceromegalias. A biópsia de um linfonodo cervical diagnosticou Linfoma folicular clássico e a biópsia de medula óssea confirmou infiltração pelo linfoma. As tomografias do estadiamento mostraram lesão expansiva na asa maior do esfenóide e parede posterior da órbita, múltiplas linfonodomegalias no tórax, abdome e pescoço, provável infiltração neoplásica das submandibulares, acometimento ósseo secundário de vértebras cervicais e lombares e lesões heterogêneas nos ilíacos, colos femorais e trocanter femoral esquerdo. Exames laboratoriais: Hemograma: Hb 11 g/dL / Hto 32,8% / VCM:88,5 fL / Plaquetas: 434.000/mm³ / Leucometria 16300/mm³ / Segmentados:13529 / Linfócitos: 1956/ Ausência de blastos. As sorologias para HIV, sífilis e hepatites foram negativas e os exames bioquímicos, dentro da normalidade, exceto a Fosfatase Alcalina que estava aumentada. A biópsia da vértebra L3 confirmou que a origem das lesões ósseas era o Linfoma folicular. **Discussão:** O Linfoma não Hodgkin pode acometer os ossos de forma primária ou secundária. Linfomas ósseos primários ocorrem como lesões únicas ou múltiplas, sem acometimento linfonodal ou visceral e representam cerca de 1% dos linfomas em geral. Os linfomas que afetam os ossos secundariamente são mais frequentes que os primários. O tipo histológico mais encontrado, em ambos os casos é o Linfoma de grandes células B difuso (LGCBD). Ossos longos como o fêmur, as vértebras e a bacia são os mais acometidos. O sintoma principal é a dor óssea e as fraturas ocorrem raramente. As lesões mais frequentes são as osteolíticas, mas lesões osteoblásticas ou mistas também podem ocorrer. Os linfomas indolentes representam apenas 8% daqueles que acometem os ossos. O Linfoma folicular é o linfoma indolente mais comum, caracterizado por adenomegalia generalizada de evolução lenta, por diagnóstico em estádios avançados, pelas recidivas frequentes e pela transformação para LGCBD. O acometimento de sítios extra-nodais como medula óssea, baço, fígado e trato gastro-intestinal é comum, porém o aparecimento de lesões ósseas é muito raro. Dentre as neoplasias hematológicas o Mieloma múltiplo é o tumor que mais frequentemente causa lesões ósseas. O esqueleto é o terceiro sítio mais comum de metástases de tumores sólidos, após o pulmão e o fígado. Os carcinomas são o tipo de tumor mais frequente associado à lesão óssea secundária e as metástases mais comumente se iniciam a partir de neoplasias das mamas, pulmões e próstata. **Conclusão:** Devido à raridade da ocorrência de dor de forte intensidade por lesões ósseas associadas ao Linfoma folicular, a confirmação histopatológica foi necessária para descartar a possibilidade de uma segunda neoplasia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.386>

LINFOMA NK/T EXTRANODAL DO SUBTIPO NASAL EM APRESENTAÇÃO OCULAR E CUTÂNEA

LM Fiorio, ACR Marques, ASA Oliveira,
PHCS Aguiar, GG Cunha, MLRO Almeida,
VMR Souza, L Miloni, LTPB Silva, OCG Baiocchi

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Homem, 71 anos, previamente hígido, procura pronto socorro oftalmológico do Hospital São Paulo em julho de 2023 devido a quadro de hiperemia ocular pruriginosa e dolorosa bilateral de início 8 meses antes. Relata perda total de visão progressiva em olho direito em fevereiro/2023 e no olho esquerdo em maio/2023, até cegueira completa na data da admissão. Também queixa de obstrução nasal importante com aumento de secreção nasal esbranquiçada desde fevereiro/2023. Por fim, relata aparecimento há 3 meses de lesões ulcerosas em face anterior de membros inferiores bilateralmente, dolorosas. Equipe de oftalmologia descreve achados sugestivos de doença linfoproliferativa com infiltração em conjuntiva. Além disso, ao exame físico apresenta placas purpúricas e úlceras com crostas hemáticas em membros inferiores. Durante internação para investigação etiológica, realizada tomografia de seios da face com lesão expansiva sólida centrada na fossa nasal esquerda, preenchendo seio esfenoidal, seio frontal, fossa nasal e células etmoidais esquerdas, além de parte da fossa nasal direita e orofaringe sugestiva de acometimento neoplásico. Realizada biópsia de lesões em fossa nasal e lesões cutâneas com achados de neoplasia maligna de alto grau, com imuno-histoquímica com imunoexpressão difusa de CD56, além de positividade de CD3, CD2 e ki67 positivo em 100% das células atípicas, achados esses compatíveis com Linfoma de Células T/NK, de tipo nasal. Hibridização in situ para Epstein-Barr (EBV) inconclusivo nas amostras analisadas. Paciente recebeu alta hospitalar e retornou em agosto de 2023 para programação terapêutica. Nesse momento, paciente apresentava progressão em número e tamanho de lesões em membros inferiores bilateralmente, perda de peso de 3kg, além de dor e endurecimento de testículo direito, sugestivo de infiltração em ultrassom testicular. Realizada estadiamento por Lugano como doença avançada - estágio IV e Pink Score de Alto risco, além de sorologia PCR para EBV, com resultado detectado < 1000. Devido a rápida progressão da doença e escala de performance ECOG 3, decidido por quimioterapia com esquema P-GEMOX (gemcitabina e oxaliplatina) sem pegaspargase devido a indisponibilidade no serviço. Após 2 ciclos, paciente apresenta neuropatia com classificação 3 em mãos e membros inferiores, optado por alterar quimioterapia para o esquema VIPD (etoposídeo, ifosfamida, cisplatina e dexametasona), entretanto, devido manutenção dos sintomas de dor neuropática, realizada suspensão do tratamento quimioterápico para controle desses. Em janeiro/2024 paciente interna em outro serviço para manejo sintomático de constipação e dores crônicas, com óbito nessa mesma internação. Linfoma T/NK extranodal, do subtipo nasal é uma neoplasia rara e altamente agressiva que mais comumente se apresenta na nasofaringe, porém podendo envolver outros sítios extranodais. Embora ainda totalmente não esclarecida, sua patogênese envolve em parte infecção de células tumorais pelo EBV. O diagnóstico é baseado em biópsia com demonstração de marcadores como CD56 e presença de EBV. Pacientes com PINK Score de alto risco, apresentam taxas de sobrevida em 3 anos de 25%. O tratamento para estádios I/II envolve radioterapia, porém em pacientes com doença avançada a quimioterapia é baseada na tolerabilidade

do paciente e após devem ser encaminhados ao transplante de medula óssea.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.387>

NEUROTOXOPLASMOSE EM PACIENTE COM LINFOMA PLASMABLÁSTICO ASSOCIADO AO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E POSSÍVEL INFILTRAÇÃO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC): RELATO DE CASO

LP Almeida, MMS Silva, NAHL Silva, MJA Sousa, ML Silva, PHFDCL Casas, MB Nunes, FL Nogueira, TS Soares, JMTPD Nascimento

Hospital Luxemburgo (HL), Belo Horizonte, MG, Brasil

Objetivos: Reportar um caso de difícil diagnóstico em paciente HIV positivo com história de linfoma plasmablástico e manifestações neurológicas. **Materiais e métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente de 35 anos, masculino, com histórico de linfoma plasmablástico associado ao HIV e epilepsia. Tratava o HIV desde 2021, estando com carga viral indetectável e CD4 243 em setembro de 2023. O diagnóstico de linfoma plasmablástico aconteceu junho de 2023 na vigência de lesão perianal com imunohistoquímica com positividade para CD10, MUM1, MYC, EBV, CD138, CD79a e cadeia leve lambda (Ki67 100%) e negatividade para CD20, BCL2, BCL6, CD3, TdT, cadeia kappa e CD30. Optou-se por tratar tal neoplasia com 6 ciclos de R-DA-EPOCH, com PET-CT pós-tratamento com Deauville 2/3. O paciente recusou análise do líquido. Inicialmente, apresentava epilepsia controlada, mas iniciou idas recorrentes ao pronto-atendimento por crises convulsivas tônico-clônico generalizadas associadas a rebaixamento de sensorio em 2024. Nessa época, possuía CD4 152 e carga viral de 63. Feita ressonância de encéfalo em fevereiro de 2024, mostrando formações nodulares supratentoriais bilaterais em região corticossubcortical frontal e parietal bilateral, bem como no tálamo esquerdo, associadas à edema perilesional e realce leptomeníngeo difuso. Após nova abordagem, o paciente submeteu-se à punção líquórica, cuja avaliação evidenciou toxoplasmose por PCR e imunofenotipagem com 89,9% de células plasmáticas, mas sem conseguir comprovar clonalidade (o mesmo ocorreu em uma segunda imunofenotipagem de líquido). Portanto, diagnosticada neurotoxoplasmose, porém houve dúvida quanto à coexistência de infiltração de SNC. O paciente iniciou tratamento para neurotoxoplasmose com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico em 16/02/2024, porém faleceu por piora neurológica em 09/04/2024. **Discussão:** O linfoma plasmablástico é uma doença onco-hematológica rara e que pode ter associação com infecção pelo HIV, tendo prognóstico reservado. Possui alto poder proliferativo e expressa comumente CD 138, CD 38 e CD 79a, com Ki67 muito elevado, sendo potencialmente curável com esquemas quimioterápicos como o R-DA-EPOCH. Em alguns casos, pode ocorrer infiltração de SNC. No caso do paciente em questão, apesar de o PET-CT mostrar um Deauville 2/3, não havia sido possível estudar o líquido em um primeiro momento por recusa do paciente. Ao surgir com as