

punção aspirativa ecoguiada da mama esquerda, por equipe assistente, cujo material foi encaminhado para análise citológica e imunohistoquímica. O exame histopatológico revelou proliferação de grandes células linfoides atípicas, compatível com linfoma anaplásico de grandes células. A imunohistoquímica mostrou positividade para CD30 e ausência de expressão da proteína ALK, confirmando o diagnóstico de linfoma anaplásico de grandes células ALK- negativo associado a implante mamário. A paciente foi encaminhada ao serviço de mastologia e submetida à retirada bilateral das próteses com capsulectomia total. Em avaliação subsequente com hematologia, foi solicitado PET-CT para estadiamento, que evidenciou discreto aumento do metabolismo em ambas as mamas, sem linfonodomegalias ou outros focos hipermetabólicos. Diante da ausência de doença residual ou disseminada, foi adotada conduta conservadora com plano terapêutico de reavaliações trimestrais no primeiro ano, com exame físico, exames laboratoriais e imagem mamária de controle. Após 30 meses de seguimento, a paciente permanece assintomática, sem sinais de recidiva ou progressão da doença, com exames dentro da normalidade. **Discussão:** O BIA-ALCL é geralmente indolente e restrito à cápsula do implante. A principal hipótese patogênica envolve inflamação crônica mediada por biofilme bacteriano na superfície texturizada, podendo levar à transformação maligna de células T. A incidência varia amplamente entre países, entre 1:3.000 e 1:3.000.000, refletindo subnotificação, diferenças genéticas e uso de tipos distintos de implantes. O tratamento de escolha nos casos localizados é a remoção completa do implante e da cápsula, frequentemente curativa. Casos disseminados podem exigir quimioterapia. A concomitância de outras neoplasias, como o carcinoma papilífero de tireoide, é pouco descrita, mas reforça a importância da avaliação oncológica ampla. **Conclusão:** Apesar de raro, o BIA-ALCL deve ser considerado em pacientes com implantes, especialmente texturizados, que apresentem aumento de volume mamário, seroma ou massa. O diagnóstico precoce e a retirada completa do implante oferecem excelente prognóstico. Este caso ressalta a importância da abordagem multidisciplinar e do seguimento prolongado para monitoramento de recidiva e outras neoplasias associadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104733>

ID - 1483

LINFOMA B DE ALTO GRAU COM INFILTRAÇÃO RENAL E ACOMETIMENTO ÓSSEO EXTENSO: RELATO DE CASO COM TRANSFORMAÇÃO FOLICULAR

MPB Malcon, JP Moreira, DH Catelli, JB Gazabon, J Martins, FM Carlotto, G de Lima, RA Frizzo, JP Portich, CC Astigarraga, TB Soares

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O linfoma primário renal (PRL) é uma apresentação rara de linfomas não-Hodgkin, representando

menos de 1% dos casos extranodais. O acometimento ósseo extenso e a transformação histológica de linfoma folicular para linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) configuram manifestações pouco frequentes e clinicamente desafiadoras. Relatamos um caso reunindo essas três características em um paciente idoso, com resposta completa ao tratamento. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 73 anos, ex-tabagista, com antecedentes de HAS, DM2, infarto prévio com colocação de três stents, DRC e SAHOS. Apresentou quadro de astenia, inapetência, perda ponderal de 18 kg em 5 meses e anemia severa (Hb 6,9 g/dL). Exames laboratoriais revelaram PCR 141 mg/L, hipercalcemia (Ca corrigido 12,3 mg/dL), creatinina 1,58 mg/dL, LDH 420 U/L e relação Kappa/Lambda de 1,45. PET-CT demonstrou linfonodomegalias cervicais, mediastinais e axilares hipermetabólicas, lesão infiltrativa no rim direito (4,4 x 3,2 cm; SUV 6,2), nódulo cortical posterior (SUV 2,6) e múltiplas áreas esqueléticas com captação difusa, sugestivas de infiltração linfomatosa. A biópsia da lesão renal evidenciou proliferação de pequenos linfócitos B CD20+, com positividade para CD10, BCL6 e BCL2, padrão germinal center-like e baixo índice proliferativo (Ki67 10%), compatível com linfoma folicular de baixo grau. Já a biópsia de medula óssea revelou infiltração por linfoma não-Hodgkin B de alto grau, com células CD20+, CD79a+, CD10+, BCL6+ (fraco), BCL2+, Ki67 60%, MUM1-, CD23-, C-MYC-, CD30-, com padrão monoclonal IgKappa+, indicando transformação para LDGCB, conforme critérios da OMS 2022. O paciente foi submetido a tratamento com 6 ciclos de R-CHOP. A reavaliação por PET-CT demonstrou resposta metabólica completa, conforme critérios de Lugano (Deauville 3), com resolução das lesões ósseas, renais e linfonodais. **Conclusão:** O caso descrito ilustra a rara sequência de eventos envolvendo linfoma folicular com transformação histológica para LDGCB, associado a infiltração renal e envolvimento ósseo multifocal. A distinção entre os sítios foi essencial: a biópsia renal confirmou linfoma folicular indolente, enquanto a medula óssea evidenciou transformação para linfoma agressivo. O PET-CT foi ferramenta-chave para avaliação da extensão e resposta ao tratamento. Apesar do caráter agressivo da apresentação, o paciente evoluiu com resposta completa à quimioterapia imunomediada. Relato de um caso raro de linfoma B com infiltração renal e óssea, com comprovação histológica de transformação folicular. O diagnóstico integrado entre imunohistoquímica, imagem e evolução clínica foi essencial para o manejo adequado. O caso reforça a necessidade de considerar linfomas no diagnóstico diferencial de massas renais e lesões ósseas atípicas em pacientes idosos, além de demonstrar o impacto positivo do tratamento precoce com R-CHOP mesmo em contextos agressivos.

Referências:

- Taneja A, Kumar V, Chandra AB. Primary renal lymphoma: a population-based analysis using the SEER program (1973–2015). *Eur J Haematol.* 2020;104(4):390-9. doi:10.1111/ejh.13360.
- Okuno SH, Hoyer JD, Ristow K, Witzig TE. Primary renal non-Hodgkin's lymphoma. *Cancer.* 1995;75(9):2258-61. doi:10.1002/1097-0142(19950501)75:9<2258::AID-CNCR2820750911>3.0.CO;2-S.

Ladha A, Haider G. Primary renal lymphoma. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2008;18(9):584-5. PMID:18803901.

Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, Jaffe ES, Pileri SA, Stein H, et al. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues. Rev 4th ed. Lyon: IARC; 2017.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104734>

ID - 1397

LINFOMA DA ZONA MARGINAL ESPLÊNICO ASSOCIADO A AMILOIDOSE PULMONAR, XANTOGRANULOMA NECROBIÓTICO E SÍNDROME DE SJÖGREN

LA Ricci, BN Nascimento, CG Franceschinelli, A Francisco, GF Vaz

Instituto de Oncologia de Sorocaba, Sorocaba, SP, Brasil

Introdução: A associação entre amiloidose AL e Gamopatias monoclonais é frequentemente relatada na literatura, mas há pouca informação entre sua correlação com linfomas-B. Estudos retrospectivos indicam maior incidência na 7ª década de vida, estando o parênquima pulmonar entre os principais órgãos afetados e havendo duas principais formas de acometimento – sistêmica e localizada, incluindo o subtipo nodular pulmonar. O Xantogranuloma Necrobiótico (XN) é uma histiocitose de células não-Langerhans classicamente associada à paraproteinemia atribuível a discrasias de células plasmáticas ou distúrbios linfoproliferativos. Rara condição caracterizada por acometimento cutâneo em região periorbital, tronco e extremidades. **Descrição do caso:** Mulher de 76 anos, com antecedente de neoplasia de mama tratada em 2005 e Síndrome de Sjögren desde 2024. Apresenta lesões cutâneas pruriginosas em tronco e membros superiores caracterizadas por extensas placas xantocrômicas/acastanhadas, associadas a esplenomegalia e plaquetopenia leve desde 2023. Biópsia da lesão cutânea confirmou diagnóstico de Xantogranuloma Necrobiótico. Eletroforese e imunofixação de proteínas negativas para componente monoclonal. Estudo de Medula óssea identificou 6.1% de linfócitos B monoclonais positivos para CD19, CD20 e Kappa, negativos para CD5, CD10 e CD23. PET-CT com hiper captação em áreas de acometimento cutâneo (SUV 5.3) e em nódulos pulmonares de até 2.5 cm (SUV 6.3). Biópsia de nódulo pulmonar compatível com depósito intra-alveolar de substância amilóide pela coloração vermelho do Congo, com proliferação adjacente de células plasmocitárias maduras e restrição de cadeia leve Kappa, além de agregado linfóide B. Após revisão detalhada e discussão com patologia, definiu-se o diagnóstico de Linfoma da Zona Marginal Esplênico (LZME), associado a condições paraneoplásicas como depósito amilóide nodular pulmonar, Xantogranuloma Necrobiótico e Síndrome Sjögren. Tratamento com Rituximabe 375 mg/m² semanal por 4 doses. PET-CT de reavaliação com discreto aumento do metabolismo pulmonar (SUV 7.9) e redução da captação em áreas de acometimento cutâneo. Paciente evoluiu com estabilidade das manifestações cutâneas, melhora significativa dos sintomas relacionados à Síndrome de Sjögren (xerofthalmia e xerostomia) e resolução

do prurido. Segue em terapia de manutenção com anticorpo monoclonal anti-CD20 a cada dois meses. **Conclusão:** A associação entre amiloidose nodular pulmonar e LZM está descrita na literatura, apresentando correlação de até 36% com doenças do tecido conjuntivo, como a Síndrome de Sjögren do caso apresentado. Parece haver predominância da expressão kappa sobre lambda [3:1] e maior prevalência em mulheres. A literatura aponta que lesões pulmonares apresentam respostas modestas ao tratamento e baixo potencial de progressão para amiloidose sistêmica. A associação entre o XN e doenças linfoproliferativas hematológicas é também documentada na literatura, porém devido à raridade da condição, os dados disponíveis restringem-se a relatos de caso e pequenas séries, inexistindo critérios diagnósticos e diretrizes terapêuticas estabelecidas. O tratamento deve considerar a patologia hematológica associada, localização e extensão das lesões, bem como o impacto funcional na qualidade de vida do paciente.

Referências:

Wechalekar AD, Cohen OC. Systemic amyloidosis: moving into the spotlight. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2020 May;34(3):539-58. doi:10.1016/j.hoc.2020.01.006.

Berkowitz C, Dittus C. Diagnosis and management of AL amyloidosis due to B-cell non-Hodgkin lymphoma. *Front Oncol.* 2022 Dec;12:915420. doi:10.3389/fonc.2022.915420.

Fourmond S, et al. *Int J Dermatol.* 2023.

Hansen I, et al. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2023.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104735>

ID - 3042

LINFOMA DE CÉLULAS B DE ALTO GRAU COM ABERRAÇÃO DO 11Q COMO DIFERENCIAL DE LINFOMA DE BURKITT

WKP Barros, PM Resende, AC Meireles, LR Matos, LV Fonseca, NJK Souza Neto, LGF Cortes, JA Barbosa, GA Vieira, N Hamerschlak

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma de células B de alto grau com aberração do 11q (HGBCL-11q) é uma neoplasia linfóide agressiva rara, reconhecida recentemente como uma entidade distinta na classificação da OMS, compartilhando características morfológicas e imunofenotípicas com o linfoma de Burkitt, e ocorrendo sobretudo em pacientes jovens. **Descrição do caso:** Homem, 20 anos, previamente hígido, com antecedentes de rinite alérgica e asma desde a infância, procura avaliação com Hematologista por linfonodomegalia que persistia há meses em região supraclavicular direita, sem sintomas B. Realizado biópsia excisional com imunofenotipagem mostrando células CD19+ (83,2% do total de células) com expressão antigênica positiva para: CD10 (moderada), CD11c (fraca), CD20 (forte), CD22 (fraca), CD23 (fraca), CD79b (fraca), IgM (forte) e Kappa (forte); negativa para: CD5, CD25, CD38, CD43, CD103, CD123, CD200, FMC7, IgD, IgG e Lambda. Estudo histopatológico