

doença. Apesar de não ser mais considerado um subgrupo pela classificação de tumores hemato-linfoides da Organização Mundial da Saúde, 5ª edição, o LDGCB CD5+ continua a ser um grupo que tem estimulado estudos, devido seu prognóstico ruim. O presente estudo demonstra que o perfil de LDGCB CD5+ é de pacientes com mais de 60 anos e do sexo masculino e acomete predominantemente sítios extranodais, e que pela imunohistoquímica demonstram ser do tipo NCG e duplo expressor.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104744>

ID - 1326

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B CD5+ COM INVASÃO CARDÍACA E IMUNOFENÓTIPO SUGESTIVO DE LINFOMA DO MANTO.

LM Fiorio, PSd Perez, MAA Castro, LA Aragão, TA Carmo, HAdA Ribeiro, CLN Gomes, ACHd Vizzoto, WFSd Moraes, OCG Baiocchi

Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Linfoma difuso de grandes células B CD5+ possui características mais agressivas com possível apresentação em emergência oncológica. O presente relato descreve o caso de um paciente idoso com quadro de SVCS secundário a LDGCB CD5 positivo, destacando a importância do diagnóstico anatomopatológico e do início rápido do tratamento. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 66 anos, apresenta relato de seis meses de dispneia aos esforços, associada a edema de membros superiores, inferiores e facial, com diversas idas ao pronto socorro de sua cidade de origem sem diagnóstico esclarecido. Devido piora dos sintomas, em especial edema e dispneia, em maio de 2025 procurou serviço de referência em cardiologia de São Paulo onde foi realizada investigação com achado de ressonância magnética cardíaca de massa mediastinal extra cardíaca com invasão dos átrios medindo 11,9 x 7,6 cm, com contiguidade para artéria pulmonar direita, que apresenta redução da mesma, íntimo contato com aorta ascendente e descendente, além de se insinuar através de veias pulmonares, englobar tronco da coronária esquerda, traqueia e brônquio fonte direito e comprimir da veia cava superior. O paciente foi encaminhado para o nosso serviço de referência em hematologia para prosseguir realização de biópsia e tratamento. Na admissão, paciente apresentava sinais clássicos de síndrome da veia cava superior (SVCS) com dispneia aos mínimos esforços, além de intolerância ao decúbito. Ao exame físico observava-se presença de circulação colateral em tórax, pleura facial e anasarca. Hemograma inicial revelou anemia microcítica hipoproliferativa e presença de 5% de células anômalas, confirmadas no esfregaço de sangue periférico, sugestivas de linfócitos anômalos. Encaminhada amostra de sangue periférico para citometria de fluxo para imunofenotipagem até realização de

biópsia mediastinal e encaminhamento para imunohistoquímica. Em imunofenotipagem identificado linfócitos B expressando CD5 e CD20 em alta intensidade, com ausência de CD23, CD200 e CD10, além de morfologia compatível com de linfoma do manto. Devido à gravidade do quadro e considerando tempo estimado para disponibilização do resultado da biópsia, optado por iniciar debulking com dexametasona 40 mg/dia por 4 dias, seguida por esquema quimioterápico com R-DHAOx (Rituximab, Dexametasona, Citarabina, Oxilipatina). Posteriormente, o resultado da imunohistoquímica revelou amostra sugestiva de linfoma de alto grau, com CD20 positivo, CD10 positivo, BCL6 positivo, c-myc positivo, CD5 positivo, ki-67 de 90%, CD23 negativo, compatível com linfoma difuso de grandes células B, com imunofenótipo centro germinativo, algoritmo de hans, estadiado como Ann Arbor IV-A-X e escore IPI de 3 pontos. Dessa forma, optado por ajuste de esquema quimioterápico para R-CHOP (Rituximabe, Vincristina, Doxorubicina, Ciclofosfamida e Orednisona). Paciente encontra-se atualmente no seu quarto ciclo de quimioterapia, com melhora sintomática. **Conclusão:** Linfomas difusos de grandes células B é uma neoplasia agressiva de células B maduras com cerca de 30-45% se apresentando como massa bulky e a depender da localização, manifestar-se com quadros de urgências hematológicas. A identificação e classificação por meio da imunohistoquímica é fundamental para adequação da terapia e definição de prognóstico. A expressão positiva de CD5 é associado a características clínicas mais agressivas e pior prognóstico, além de associação com dupla expressão BCL2/myc, identificável por meio de FISH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104745>

ID - 1486

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA ATÍPICA: RELATO DE CASO

PDS Tolentino, VBD Rodrigues, GBC Negreiros, BL Costa, IG Flores, LGC Azevedo, NDS Lira, AP Udo, ML Teles, RSd Vasconcelos

Hospital de Base do Distrito Federal (HDBF), Brasília, DF, Brasil

Introdução: O linfoma mamário primário (LMP) do subtipo Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é um tipo raro de linfoma Não-Hodgkin com baixa taxa de sobrevida. Reconhecer suas características clínicas, epidemiológicas, fisiopatológicas e abordagens terapêuticas é de extrema importância. **Descrição do caso:** Paciente, 61 anos, feminina, encaminhada à hematologia após surgimento de lesão única ulcerada que abrangia toda a mama direita, com saída de secreção serohemática, sem outros sintomas associados. Anatomopatológico mostrou proliferação epitelial atípica de perimeio a áreas necróticas e imunohistoquímica com os seguintes marcadores positivos: CD20, CD45 e Ki-67 90% e negativo para: BCL6, CD3, TDT, CD5 e cíclica D1, compatível