

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, Oxilplatina). 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 (HBDF), 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

com diagnóstico de linfoma não Hodgkin B de alto grau. Considerando a apresentação e topografia atípica, solicitou-se nova biópsia da lesão antes de iniciar o tratamento, o que corroborou com o diagnóstico anterior de doença linfoproliferativa B com alteração apenas na positividade dos marcadores BCL6, BCL2, PAX5 e negatividade para MUM-1, CD30, LMP1, CD3, CD15 e CD10, que não haviam sido testados anteriormente. Assim, confirmou-se o diagnóstico de LDGCB, não centro germinativo, com acometimento restrito mamário direito. Estadiamento inicial foi realizado com tomografias que não mostraram outras alterações. Iniciou-se tratamento quimioterápico com protocolo R-CHOP com redução visível já após os primeiros ciclos. O LDGCB representa 30% dos casos de linfoma em adultos e pode acometer qualquer idade, mas é mais comum na população idosa. Caracteriza-se por apresentar alteração da arquitetura tecidual do local acometido parcial ou total com células B de tamanho médio a grande com um padrão de crescimento difuso. A localização mais comum do LDGCB é nos gânglios linfáticos, com apenas 30-40% dos casos apresentando doença extranodal ao diagnóstico, sendo que nestes casos os órgãos mais acometidos são as glândulas salivares, tireoide, cavidade ocular, ossos, fígado, rins, glândulas adrenais e do trato gastrointestinal. Raríssimos são os casos que apresentam doença extranodal em tecido mamário, quando tal apresentação está presente pode-se categorizar em LMP se não houve nenhum diagnóstico prévio de linfoma maligno e nenhuma evidência de doença generalizada concorrente, exceto por linfonodos axilares homolaterais. O LMP representa menos de 1% dos casos de Linfoma Não-Hodgkin e apenas 1,7% dos linfomas extralinfáticos. Entre os pacientes com neoplasia malignas da mama, os pacientes com LMP representam apenas 0,04-1%. Clinicamente e radiograficamente não são diferentes do tumor sólido de mama, pois a apresentação clínica mais prevalente é de nodulação mamária principalmente do lado direito, sendo a imunohistoquímica importante para sua diferenciação. O tratamento do LMP ainda é controverso, mas atualmente recomenda-se quimioradioterapia, baseado no seu subtipohistológico, sendo que a abordagem cirúrgica parece não contribuir para ganho de sobrevida. O LMP tem uma alta morbimortalidade, pois apresenta altas taxas de recaída. **Conclusão:** Relatou-se um caso de LDGCB com apresentação atípica de ulceração em mama direita que se encontra em tratamento quimioterápico com protocolo R-CHOP. Considerando-se a raridade da doença hematológica e a característica clínica ao diagnóstico e a necessidade de maiores discussões sobre a abordagem terapêutica de tal patologia, o presente estudo se torna relevante para a comunidade científica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104746>

ID - 2244

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B CONJUNTIVAL - UM RELATO DE CASO

JB Gazabón, T Soares, Gd Lima, CM Castillo,
IS Riviera, MR Gewehr, RH Sassi, JP Portich,
MDA Furlanetto, CC Astigarraga

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

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) conjuntival é uma neoplasia rara entre os linfomas oculares. Apresenta-se como uma lesão indolor, de crescimento progressivo, podendo ser confundida com processos inflamatórios ou benignos. Pode ter boa resposta ao tratamento. Os linfomas da conjuntiva representam uma minoria dos linfomas oculares, sendo mais comum o linfoma MALT. O LDGCB conjuntival é uma variante agressiva e incomum, com poucos casos descritos na literatura. O estadiamento adequado é fundamental, pois embora a maioria sejam localizados, a possibilidade de envolvimento sistêmico existe. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de LDGCB conjuntival primário com resposta completa ao tratamento. **Palavras-chave:** linfoma difuso de grandes células B; linfoma conjuntival; linfoma ocular. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 53 anos, com lesão em conjuntiva inferior do olho direito com início insidioso há um ano, associada a lacrimejamento e prurido, sem sintomas sistêmicos. Antecedente de hipertensão arterial sistêmica controlada, sem doenças autoimunes ou imunossupressão. Ao exame apresentava lesão conjuntival de aspecto róseo, sem linfonodomegalias palpáveis. A biópsia da lesão e imunohistoquímica revelaram linfoma difuso de grandes células B, subtipo não centro germinativo, com positividade para CD20, PAX5 e BCL6, e Ki-67 de 50%. O estadiamento com PET-CT demonstrou captação restrita à lesão orbitária, sem sinais de disseminação. Após discussão, optou-se por tratamento com R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona), sem radioterapia orbitária, que pode ser indicada como terapia adjuvante se houver resposta incompleta no caso de LDGCB, ou para linfomas indolentes, como o MALT. O paciente evoluiu bem durante os ciclos de quimioterapia. Exame de PET-CT após três ciclos demonstrou resposta completa. Encontra-se em seguimento ambulatorial, sem evidência de recidiva. O LDGCB da conjuntiva é uma apresentação rara de linfoma extranodal. Diferentemente dos linfomas MALT, de comportamento indolente, o LDGCB possui curso mais agressivo e maior risco de disseminação. O caso apresentado reforça a importância da biópsia precoce em lesões conjuntivais atípicas. O tratamento do LDGCB ocular é extrapolado dos protocolos sistêmicos, uma vez que não há diretrizes específicas. O uso de R-CHOP, com ou sem radioterapia orbitária, tem sido adotado com sucesso. Neste caso, optou-se por quimioterapia exclusiva, com resposta completa e sem sinais de disseminação intraocular ou sistêmica, até o momento. O seguimento clínico e por imagem é essencial, dado o risco de recidiva, inclusive em sítios como vítreo ou sistema nervoso central. **Conclusão:** O LDGCB conjuntival, embora raro, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de massas conjuntivais de crescimento progressivo. A confirmação histopatológica e a abordagem terapêutica multidisciplinar são essenciais para o manejo e bom prognóstico desses casos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104747>