

menos de 1% são das glândulas adrenais. Portanto, devido a sua raridade, muitas vezes não é considerado no diagnóstico diferencial inicial de massas adrenais, especialmente quando se apresenta como massas bilaterais. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 68 anos, diabético, hipertenso e coronariopata, procura serviço médico em abril de 2024 apresentando sonolência, prostração, astenia e taquicardia associado a perda ponderal de 10kg em 1 mês. Não referia febre ou sudorese noturna. Ao exame físico não apresentava massas abdominais nem adenomegalias palpáveis. Os exames laboratoriais evidenciavam anemia normocítica e normocrômica e DHL aumentado. Não apresentava nenhuma alteração de função/ insuficiência adrenal. EDA que mostrou gastrite erosiva, úlcera gástrica-sakita H1/forrest II C e bulboduodenite erosiva moderada e colonoscopia que não mostrou nenhum sinal de sangramento ativo. TC de abdome evidenciou hemangioma hepático e nódulos sólidos hipodensos localizados na topografia das glândulas adrenais medindo 7,4 x 6,0 x 5,2 cm a direita e 10,7 x 7,9 x 6,1 cm à esquerda e linfonodos mesentéricos não-megálicos em número aumentado no mesogástrio. RNM confirmou massas sólidas em adrenais bilateralmente, sem identificar linfonodomegalias abdominais retroperitoneais ou na região pélvica. Diante do achado de massas adrenais foi submetido a biópsia guiada por tomografia da massa adrenal esquerda que em exame de imunohistoquímica diagnosticou LNHDGCB do tipo não centro germinativo. Foi realizado estadiamento com PET-CT (confirmando acometimento apenas em adrenais bilateralmente) e biópsia de medula óssea/ mielograma não evidenciando infiltração medular – estadiamento Ann Habor IVB. Foi iniciado quimioterapia com esquema quimioterápico – R-CHOP, sendo realizados 6 ciclos até o momento, apresentando-se atualmente em remissão completa. **Conclusão:** Apesar de ser uma condição rara, o linfoma adrenal primário deve ser lembrado como um possível diagnóstico no contexto de achado de massa adrenal. O LNHDGCB é o subtipo histológico mais visto, sendo uma doença agressiva de rápida progressão e possuindo um prognóstico considerado ruim, especialmente se apresentado na forma bilateral e com insuficiência adrenal. Há casos descritos na literatura de ótima resposta e de completa remissão com R-CHOP, se diagnosticados de forma precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104757>

ID - 1206

LINFOMA NÃO-HODGKIN B DE ALTO GRAU COM EXPRESSÃO DE CD5 E CD10: RELATO DE CASO

RFC Rodrigues^a, MRMB Silva^a,
JEdCC Herculani^a, JA Souza^a, GBGdM Pereira^b,
LB Ribeiro^b, LW Santos^b, ICS de Andrade^b,
RA Souza^a, FGP Cunha^a

^a Sollutio Diagnósticos, Indaiatuba, SP, Brasil

^b Hospital PUC-Campinas, Campinas, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas não Hodgkin de células B são neoplasias originadas de linfócitos B, com apresentação clínica, morfologia e agressividade variáveis. Classificam-se em formas indolentes ou agressivas. O linfoma do manto é um subtipo de células B maduras, CD5+, originado na zona do manto folicular. Sua variante blastoide é mais agressiva e de evolução rápida. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 78 anos com quadro clínico de dor abdominal em hipocôndrio esquerdo, fraqueza e perda ponderal. O hemograma revelou anemia (Hb 9,5 g/dL), leucocitose (41.100/mm³), plaquetopenia (50.000/mm³) e presença de células imaturas em sangue periférico. O paciente também apresentava infecção por *Klebsiella oxytoca* produtora de carbapenemase (KPC) e cocobacilos Gram-negativos. A tomografia computadorizada evidenciou esplenomegalia homogênea e linfonodos mediastinais aumentados em número. Diante da suspeita inicial de leucemia mieloide crônica, foi encaminhada amostra de sangue periférico para imunofenotipagem. O estudo inicial revelou 11,3% de granulócitos com maturação preservada, 5% de monócitos, 0,3% de progenitores mielóides e linfocitose relativa (81,4%), com 76,3% de linfócitos B monoclonais, secretores de cadeia leve Kappa. O imunofenótipo do clone B foi: CD45+++/CD19+/CD5+/CD10+/CD20+/CD43+/CD79b+/IgM+++. Esse perfil foi compatível com neoplasia linfoproliferativa de células B maduras, sugestiva de linfoma do manto. Nova amostra foi analisada para complementação diagnóstica que mostrou 100% de linfócitos, sendo 7,4% linfócitos T com relação CD4/CD8 preservada e 92,5% linfócitos B monoclonais, com expressão de cadeia leve Kappa. O fenótipo do clone B foi: CD45+++/CD19+/CD5+/CD10+/CD20+/CD22+/CD38+/cCD79a+++/CD79b+++/cIgM+/IgM+++/HLA-DR++. O perfil foi compatível com neoplasia linfoproliferativa de células B maduras CD5+. O teste molecular de BCR-ABL teve resultado não detectado. O cariótipo evidenciou alterações estruturais e numéricas, incluindo: der(4)t(4;6)(p16.1;p21), trissomia 7, adições nos cromossomos 14(q32) e 19(p13.3), e, em 8 das 20 metáfases analisadas, adição de um cromossomo 1 com deleção parcial em p22. A biópsia de medula óssea revelou infiltração por neoplasia hematolinfóide com morfologia blastoide e substituição da hematopoese normal. Concluiu-se o diagnóstico de linfoma não Hodgkin B, blástico, de alto grau CD5+. O quadro clínico do paciente apresentou piora progressiva, do ponto de vista infeccioso (com choques sépticos e avanço da infecção) e da neoplasia hematológica avançada, sem condições para realização de quimioterapia, sendo realizado tratamento de citorredução da neoplasia linfoproliferativa aliado a tratamento com teto terapêutico de antibioticoterapia, evoluindo a óbito. O caso apresentado ilustra um linfoma não Hodgkin B de alto grau CD5+, com imunofenótipo compatível com linfoma do manto. As alterações citogenéticas, como adições nos cromossomos 14(q32) está geralmente envolvida em casos de linfoma, as demais alterações, são compatíveis com instabilidade cromossômica, associadas a um prognóstico ruim. A presença de infecção grave concomitante limitou as possibilidades terapêuticas, dificultando o início de quimioterapia intensiva, conduta padrão nesses casos. **Conclusão:** Linfoma B de alto grau CD5+, com imunofenótipo aberrante, alterações citogenéticas complexas e curso clínico agressivo. A integração entre clínica,

morfologia, imunofenotipagem e citogenética foi decisiva para o diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104758>

ID - 2271

LINFOMA NÃO-HODGKIN DE CÉLULAS B DE ALTO GRAU COM MANIFESTAÇÃO PRIMÁRIA EM MAXILA

TC dos Santos ^a, MMMdC Santos ^b, VS Lara ^a,
CT Soares ^c, RDG Caminha ^d, CL Cardoso ^e,
PSdS Santos ^e

^a Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil

^b ETEC-Instituto Paula Souza, Bauru, SP, Brasil

^c Laboratório de Patologia, Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP, Brasil

^d Serviço de Odontologia, Hospital Estadual de Bauru (HEB), Bauru, SP, Brasil

^e Departamento de Cirurgia, Estomatologia, Patologia e Radiologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (USP), Bauru, SP, Brasil

Introdução: O Linfoma não Hodgkin (LNH) é um grupo heterogêneo de doenças com proliferação de células linfóides de aspecto maligno e descontrolado. Clinicamente, os linfomas são indolentes e agressivos, e atingem qualquer idade com crescimento rápido, alta taxa de proliferação e letalidade. Os pacientes com doença ativa têm pior estado físico e mental que os curados, devido ao impacto negativo do LNH. Os LNH de células B de alto grau (LNH-B) significam 25% a 35% dos LNH em países desenvolvidos, enquanto em países subdesenvolvidos são 42.5% dos casos, sendo normalmente tumores de crescimento rápido, afetando regiões extranodais (40%). Dentre as formas de apresentação em boca se observa como abscesso dento-alveolar, tumor epitelial, ou até osteonecrose medicamentosa dos maxilares, afetando ossos maxilares e tecido mole, como mucosa palatina, gengiva, língua, mucosa jugal, soalho de boca e lábios. O objetivo desse relato de caso é apresentar o diagnóstico e a conduta tomada. **Descrição do caso:** Uma paciente, mulher, branca, 58 anos, com queixa de aumento de volume gengival em região dos dentes molares da maxila esquerda há dois meses. Informou o aparecimento de gânglios axilares doloridos do lado esquerdo há quatro meses. O exame extraoral mostrava assimetria de face do lado esquerdo, e o exame intraoral revelou um aumento de volume na região de molares superiores esquerdo, por vestibular e palatino, deslocamento dentário para a região vestibular, com mobilidade, e gengiva dolorida ao toque, arroxeadas e resilientes à palpação. A radiografia periapical revelou extensa área radiolúcida envolvendo os molares, com aspecto de flutuação. Foi realizada biópsia incisiva da gengiva afetada por vestibular, e exodontia dos molares superiores. A hipótese diagnóstica clínica era de linfoma e periodontite aguda. A análise histopatológica revelou no tecido conjuntivo fibroso,

extenso acúmulo de células linfocitárias com predomínio de tamanho intermediário e alto índice de proliferação entre elas. A análise imunohistoquímica revelou positividade para LCA, CD20, e negatividade para CD3, CD5, Ciclina D1, CD23 e CD30, sendo o imunofenótipo B. O índice de proliferação foi mensurado a partir de células Ki-67 positivas, confirmando o diagnóstico de LNH-B de alto grau. Com este diagnóstico, a paciente foi encaminhada para a oncologia que rapidamente iniciou os ciclos de tratamento quimioterápico em setembro de 2023 com o protocolo R-CHOP, terminando em janeiro de 2024. Após a confirmação do diagnóstico e investigação da oncologia, os linfonodos foram confirmados como manifestação linfonodal. Houve regressão da lesão bucal por completo no meio de dezembro/2023. O suporte odontológico incluiu orientações de cuidados bucais de higiene oral e controle de infecções, prevenção (660nm, E=1J, P = 100mW, 10 segundos por ponto) e tratamento da mucosite oral incluindo laserterapia (660nm, E=2J, P = 100mW, 20 segundos por ponto) para cada ciclo de quimioterapia. Em agosto/2024 a paciente apresentou metástase cerebral, evoluindo para óbito em dezembro/2024. **Conclusão:** O suporte odontológico se faz necessário no diagnóstico, durante a quimioterapia e após a regressão da lesão para melhoria da qualidade de vida do paciente oncológico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104759>

ID - 3377

LINFOMA NÃO-HODGKIN DE CÉLULAS B PRIMÁRIO DE MEDIASTINO COM COMPROMETIMENTO RENAL BILATERAL E PANCREÁTICO: RELATO DE CASO

J Severo ^a, TR Evangelista ^a, LGdF Lima ^a,
BG Campello ^a, CCdL Silva ^a, TR Evangelista ^a,
MFH Costa ^b, VECB Dantas ^a, EMdS Thorpe ^a,
AQdMS Aroucha ^a

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: O linfoma não-hodgkin de células B primário de mediastino (LBPM) é um tipo raro de linfoma que acomete principalmente mulheres entre a terceira e quarta década de vida. É representado tipicamente por uma massa mediastinal de rápido crescimento e com sintomas compressivos de vias aéreas e veia cava como precoces. **Descrição do caso:** Homem, 24 anos, com diagnóstico de linfoma não-hodgking primário de mediastino em programação de quimioterapia. Em tomografia de abdome com contraste de estadiamento foram evidenciadas múltiplas lesões nodulares renais bilaterais, imagem nodular junto à cauda pancreática e conglomerado ganglionar retroperitoneal para aórtico à esquerda envolvendo a artéria renal relacionados a doença de base. Para confirmação do comprometimento extranodal foi realizado um PET-CT que evidenciou conglomerado linfonodal localizado na cadeia retrocruval (5,3 x 2,9 cm e SUVmax = 12,6); linfonodomegalias nas cadeias mesentérica, esplênica, para-aórtica,