

^a Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON), Florianópolis, SC, Brasil

^b Viver Clínica Médica, Florianópolis, SC, Brasil

^c Visium Clínica de Oftalmologia, Florianópolis, SC, Brasil

^d Laboratório Imunocore, Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: O LDGCB primário do sistema nervoso central (SNC) é uma neoplasia rara, agressiva e de difícil diagnóstico, sobretudo quando se apresenta com sintomas oftalmológicos isolados. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 64 anos, hipertensa, pré-diabética, com histórico de correção de catarata e vitrectomia em 2021. Em março de 2024, iniciou com miodesópsias. Evoluiu com cefaleia frontal, déficit de memória e sudorese noturna. Retinografia (25/11/2024) evidenciou turvação vítrea, infiltrados retinianos e atrofia retinocoroidiana em olho direito (OD); olho esquerdo (OE) com leve turvação. Tomografia de coerência óptica (29/10/2024) demonstrou nodularidade na retina externa e pequenos descolamentos do epitélio pigmentar (OD), além de celularidade vítrea (OE). Ressonância magnética (RM) de crânio sem alterações, nesta ocasião. Líquor (21/11/2024) com bioquímica sem alterações e imunofenotipagem com monócitos e linfócitos maduros, sem alterações fenotípicas. Em fevereiro de 2025, evolui com vertigem que motivou busca ao hospital, quando realizou RM encefálica que revelou lesão expansiva no hemisfério cerebelar esquerdo, medindo $3,4 \times 2,5 \times 2,2$ cm, com restrição à difusão, realce homogêneo e edema vasogênico. Ressecada cirurgicamente em 17/02/2025. Anatomopatológico confirmou LDGCB com perfil de células B ativadas (MUM1+, CD10–, Ki67 90%). PET-CT mostrou foco hipermetabólico na fossa posterior esquerda (1 cm, SUV 37,9). Iniciado protocolo R-MV (rituximabe, metotrexato e vincristina) associado a MADIT em ciclos ímpares e aplicação intraocular de Rituximabe e Metotrexate. Após o 3º ciclo, PET-CT demonstrou redução de captação no cerebelo (SUV 12). Após o 6º ciclo, RM evidenciou resposta completa. Paciente evoluiu com resolução dos sintomas visuais e encontra-se internada para transplante autólogo de medula óssea. Miodesópsias são queixas visuais frequentes e inespecíficas, conhecidas popularmente por “moscas volantes”, mas raramente associadas a neoplasias do SNC. Neste caso, a suspeita inicial foi levantada após avaliação oftalmológica detalhada, com achados sugestivos de infiltração retinovátreia. A ausência de alterações no líquido destacou a importância da RM e biópsia para diagnóstico definitivo. A rápida introdução de esquema quimioimunoterápico foi determinante para obtenção de resposta completa. Este caso evidencia a importância do olhar atento do especialista e da abordagem multidisciplinar para diagnóstico precoce e tratamento eficaz em neoplasias do SNC com apresentação atípica. **Conclusão:** Miodesópsias como manifestação inicial de LDGCB primário de SNC são raras e desafiadoras. A avaliação integrada entre oftalmologia, neurocirurgia e hematologia, associada ao tratamento precoce, foi essencial para o bom desfecho. O transplante autólogo surge como etapa decisiva na consolidação terapêutica.

ID - 3285

O PAPEL DA BIOLOGIA MOLECULAR NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LINFOMA EBV-POSITIVO: UM RELATO DE CASO

LV Fonseca, WKP Barros, RS Kojima, LR de Matos, NJ Kzan de Souza Neto, TS Datoguia, JA Barbosa, LGF Cortes, PV Campreghner, N Hamerschlak

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Linfomas não-Hodgkin (LNH) associados ao vírus Epstein-Barr (EBV) constituem um grupo heterogêneo de neoplasias linfóides com grande diversidade clínico-patológica. O diagnóstico e a classificação desses linfomas podem ser desafiadores, exigindo uma abordagem integrada que associe dados clínicos, histopatológicos e moleculares. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 45 anos, com quadro de dor e aumento de volume cervical, sem sintomas B. Inicialmente avaliado por cirurgião de cabeça e pescoço, que solicitou exame de imagem, o qual confirmou linfonodomegalia cervical. Realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF) com citometria de fluxo revelando população linfóide clonal com expressão de CD19, CD38, CD45, HLA-DR e CD81 em elevada intensidade, além de CD27 e cadeia leve kappa intracitoplasmática. Realizada, posteriormente, biópsia linfonodal, cujo anatomopatológico evidenciou processo linfoproliferativo com imunohistoquímica positiva para MUM1, CD138 (focal) e Ciclina D1 (raras células), e negativa para CD3, ALK1 e HHV8. O índice proliferativo (Ki-67) foi de 60-70% e a hibridização in situ para EBV (EBER) foi positiva. O PET-CT revelou linfonodomegalias em cadeias cervicais, axilares, hilares, mediastinais, retrocraurais, retroperitoneais, ilíacas, inguinais e femorais, com SUV máximo de até 37,1. O aspirado e a biópsia de medula óssea também evidenciaram infiltração por processo linfoproliferativo EBV-positivo. A pesquisa por FISH não detectou alterações nas regiões genéticas avaliadas, como CDKN2C, CKS1B, TP53, FGFR3 e IGH. Para auxiliar na classificação e no plano terapêutico, foi realizada uma análise genômica abrangente por sequenciamento de nova geração (NGS), que revelou alterações oncogênicas nos genes B2M, CD58 e TNFRSF14. Ressalta-se que não foram detectadas alterações genéticas classicamente associadas ao linfoma plasmablastico, hipótese diagnóstica inicial que havia motivado o início de terapia com V-R-da-EPOCH, tais como alterações nas vias de sinalização MYC, JAK-STAT, RAS-MAPK, NF- κ B ou em genes como TET-2 e TP53. **Conclusão:** O principal diagnóstico diferencial deste caso foi o linfoma plasmablastico diante dos marcadores que apontavam para uma diferenciação plasmocitóide. Contudo, o comportamento da doença e a ausência de alterações genéticas características dessa entidade foi determinante para sua exclusão. As mutações em B2M e CD58 sugerem mecanismos de evasão imune descritos em alguns subtipos de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) EBV-positivos, relacionados à perda de moléculas essenciais para o reconhecimento por células T.

Essas informações foram determinantes para retirada do bortezomibe, que geraria toxicidade adicional sem benefício comprovado neste contexto, sendo mantido tratamento com R-DA-EPOCH, com resposta parcial após o terceiro ciclo. Este caso reforça a importância da integração de dados genômicos no diagnóstico de linfomas de difícil classificação. A análise molecular permitiu refinar a hipótese diagnóstica, excluir um subtipo de alto grau e, consequentemente, direcionar a terapia de forma mais precisa. A medicina de precisão, mesmo em casos sem um enquadramento perfeito em entidades conhecidas, mostrou-se essencial para otimizar o tratamento, evitando toxicidade e promovendo um cuidado mais personalizado ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104774>

ID - 1857

ÓBITOS POR LINFOMAS NÃO-HODGKIN NO BRASIL: UMA AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE 2019 A 2023

AÁda Pirchio, BG Rigo, APN Guanaes, MCG de Assis

Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas não Hodgkin (LNH) são neoplasias hematológicas de origem linfóide que podem ser classificados, de acordo com o comportamento clínico, em dois grandes grupos: indolentes (caracterizados por crescimento lento e que podem não exigir tratamento imediato) e agressivos (de evolução rápida e que demandam tratamento precoce). O primeiro grupo inclui os subtipos foliculares, linfocítico de pequenas células, da zona marginal e de células T cutâneas. Entre os agressivos, destacam-se o linfoma de Burkitt e o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), este último responsável por cerca de 30% dos casos e aproximadamente 150 mil novos diagnósticos por ano em todo o mundo. **Objetivos:** Avaliar o perfil epidemiológico dos linfomas não-Hodgkin no Brasil entre os anos de 2019 a 2023. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, baseado em dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), disponível no DATASUS. Foram coletados dados referentes aos óbitos por linfomas não-Hodgkin, classificados como folicular (CID-10: C82), difuso (CID-10: C83), de células T cutâneas e periféricas (CID-10: C84) e de outros tipos ou não especificados (CID-10: C85), registrados no Brasil entre 2019 e 2023. As variáveis analisadas incluíram número de óbitos por região e estado, faixa etária, sexo e cor/raça do paciente. **Resultados:** No período analisado, o Brasil registrou 22.193 óbitos por linfoma não-Hodgkin, distribuídos entre 5.124 casos do tipo difuso, 921 do tipo folicular, 1.507 de linfomas de células cutâneas e periféricas e 14.641 classificados como outros tipos ou não especificados. A maior concentração de mortes ocorreu na região Sudeste, especialmente no estado de São Paulo, que apresentou o maior número de óbitos por linfomas de tipos não especificados (7.409). As regiões Sul e Nordeste também

se destacaram pelos elevados registros de mortalidade em todos os subtipos dos linfomas. Quanto à faixa etária, os linfomas difuso, folicular e de tipos não especificados concentram a maior mortalidade no grupo de 70 a 79 anos, com 1.141, 252 e 3.790 casos, respectivamente. No caso dos linfomas de células cutâneas e periféricas, predomina a faixa etária de 60 a 69 anos, com 358 óbitos registrados. Em relação ao sexo, destacam-se óbitos entre homens (2.955 no difuso; 487 no folicular; 869 nos de células cutâneas e periféricas; e 7.927 nos tipos não especificados) e entre pessoas brancas (3.181; 599; 843 e 9.355, respectivamente). **Discussão e conclusão:** O Brasil registrou uma alta mortalidade por linfoma não-Hodgkin, com destaque para os tipos não especificados, o que sugere falhas na identificação dos subtipos. O linfoma difuso, mais comum entre os agressivos, foi responsável por 5.124 mortes, enquanto os linfomas foliculares, embora indolentes, ocasionaram 921 óbitos, sugerindo que, apesar do curso clínico mais lento, sua evolução pode resultar em desfechos graves, especialmente em idosos. A distribuição regional evidencia marcantes desigualdades no país. Quanto ao perfil demográfico, verificou-se maior mortalidade entre homens e pessoas brancas, achado consistente com literatura, que aponta maior incidência nessas populações. Esses dados podem subsidiar ações específicas de prevenção e rastreamento. O panorama observado entre 2019 e 2023 revela um cenário preocupante, com impacto significativo independentemente do subtipo, reforçando a necessidade de fortalecer as estratégias de vigilância, prevenção e qualificação do cuidado onco-hematológico no Brasil.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104775>

ID - 3176

OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO LINFOMA DO MANTO LEUCEMIZADO: UM RELATO DE CASO

C Gomes Luciano Bastos, L Freire Rodrigues, F Gassmann Figueiredo, B Rocha Navarro de Deus, ME Araújo Lima, M Lopes de Araújo, G Gordiano Moreira, ÉM de Macedo Costa

Centro Universitário de Excelência (UNEX), Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células do Manto (LCM) é um linfoma não Hodgkin de células B raro e agressivo, originado da zona do manto dos folículos linfóides, com sobrevida mediana de três a cinco anos. Afeta predominantemente homens acima de 60 anos. O trabalho tem como objetivo relatar caso clínico de LCM agressivo em paciente idoso, ressaltando dificuldades diagnósticas e terapêuticas. O estudo de caso foi feito por análise de prontuário clínico, complementado com revisão bibliográfica. **Descrição do caso:** JFDS, 77 anos, masculino, hipertenso, procurou atendimento em unidade privada de hematologia em 30/12/2024, em Feira de Santana-BA, com perda ponderal de 10 kg em um ano, hepatoesplenomegalia volumosa e palidez cutânea. Exames