

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

Introdução: O Linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é um tipo agressivo de linfoma com apresentação clínica variável. O esquema ICE (Ifosfamida, Carboplatina e Etoposide) é uma das alternativas terapêuticas para tratar pacientes recidivados. Desde esquema, a Ifosfamida é a medicação que apresenta maior chance de causar eventos neurológicos, com alteração comportamental, neuropatia, encefalite e coma (10-30%). **Descrição do caso:** Mulher, 69 anos, cardiopata pós-quimioterapia, com LDGCB em primeira recidiva 2 anos após 6 ciclos de R-CHOP. Novo PET-CT evidenciava linfonodomegalias supra e infra-diafragmáticas difusas (SUVmax = 37,0) e nova biópsia de linfonodo confirmou a recidiva de doença. Paciente admitida para esquema ICE e a partir do terceiro dia após infusão de quimioterapia evoluiu com quadro de desorientação socioespacial, desatenção, mutismo e períodos de agitação psicomotora. Os sintomas tiveram início agudo e flutuavam ao longo do dia, com melhora completa no sexto dia após início da quimioterapia. A escala diagnóstica de CAM (Confusion Assessment Method) foi aplicada e confirmou o quadro típico de delirium. A paciente apresentou apenas alterações hematológicas atribuíveis ao esquema de tratamento como anemia e neutropenia leve, sem outras alterações laboratoriais. Uma tomografia de crânio foi realizada e evidenciava alterações típicas da idade, a bioquímica de líquido cefalorraquidiano estava sem alterações e as culturas eram negativas. Durante o segundo ciclo de quimioterapia a paciente apresentou sintomas com cronologia similares às apresentadas no primeiro ciclo, assim como tomografia de crânio sem alteração. Um PET-CT foi realizado após o segundo ciclo de ICE com evidência de remissão completa da doença. Devido resposta completa em exame de imagem, idade avançada, múltiplas comorbidades e reação desfavorável com o esquema de tratamento proposto foi pactuado com paciente e familiares conduta expectante e suspensão de ciclos subsequentes do tratamento. **Conclusão:** Os sintomas neurológicos estão associados ao acúmulo do metabólito da ifosfamida, o cloroacetaldeído, no sistema nervoso. O espectro de alterações é amplo e o início dos sintomas ocorrem de 2-96 h após infusão e costumam ser reversíveis em até 96h após medicação. Os principais fatores de riscos associados ao desenvolvimento dos sintomas são alterações neurológicas basais prévias, disfunção renal. Algumas medidas profiláticas e terapêuticas estão descritas na literatura, como azul de metileno, tiamina e dexmedetomidina, mas as evidências são frustras e controversas. O caso descrito descreve alterações neurológicas e comportamentais comuns em idosos internados, evidenciando assim a importância da vigilância clínica e suspeita de causa medicamentosa associadas ao delirium nesses pacientes.

Referências:

1. Nicolao P, Giometto B. Neurological toxicity of ifosfamide. *Oncology*. 2003;65 Suppl 2:11-6. doi:10.1159/000073350.
2. Gharaibeh EZ, Rahhal AA, Rahimi O, Abdel-Rahman SM. Hydration, methylene blue, and thiamine as a prevention regimen for ifosfamide-induced encephalopathy. *J Oncol Pharm Pract*. 2019 Oct;25(7):1784-6. doi:10.1177/1078155218798850. PMID: 30203716.

ID - 1402

RELATO DE CASO DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL

RI dos Santos, SR Costa, RC Rezende,
AR França, MCBA Soares, TA Rezende,
PodC Terra

Universidade Federal de Uberlândia (UFU),
Uberlândia, MG, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (PTLD) é um distúrbio caracterizado pela proliferação linfóide ou plasmocítica que se desenvolve após imunossupressão associada a transplantes de órgãos sólidos ou de células tronco-hematopoéticas. As formas de apresentação variam de proliferação policlonal indolente a linfomas agressivos em receptores de transplantes renais. Corresponde a uma complicação rara, porém grave e potencialmente fatal. O quadro clínico depende do sítio acometido, sendo os sintomas mais comuns: febre, anorexia e perda de peso. Quando há acometimento extranodal os principais sítios acometidos são trato gastrointestinal e sistema nervoso central. **Descrição do caso:** Paciente, sexo masculino, 53 anos, admitido no atendimento com relato de episódios de movimentos clônicos em hemiface direita e membro superior esquerdo durante duas semanas, seguidos de confusão mental de aproximadamente 5 minutos. Na admissão ao serviço, apresentou quadro de emergência hipertensiva e crise convulsiva. Apresentava histórico de transplante renal há 7 anos e 5 meses, devido complicação de hipertensão arterial sistêmica, etilista e em uso crônico de imunossupressão, além de histórico de tratamento de criptococose incompleto prévio. Na admissão realizou tomografia de crânio que evidenciou edema difuso com diversos focos hipodensos. Fez ressonância magnética de encéfalo com lesões múltiplas e nodulares esparsas no parênquima cerebral com realce periférico pelo contraste, algumas com componente hemorrágico, medindo até 2,4 cm com edema circundante e restrição periférica à difusão. Foi iniciado o tratamento para neurotoxoplasmose com resultado de sorologias IgG positivo e IgM negativo. Devido à persistência dos sintomas, foi solicitado novo exame de imagem que mostrou aumento das lesões em relação ao exame anterior (12 dias de diferença). Então, como não houve resposta com o tratamento de 14 dias para neurotoxoplasmose, prosseguiu-se a investigação para avaliar diagnóstico diferencial de processo neoplásico. Foi coletado e analisado o líquido com resultado de PCR positivo para vírus Epstein-Barr. Foi realizada biópsia de lesão na região occipital com o resultado de linfoma de células B do tipo não centro germinativo. Paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e necessitou de intubação orotraqueal. Após resultado da biópsia, foi iniciado o tratamento para linfoma de sistema nervoso central, mas o paciente evoluiu para óbito. **Conclusão:** O caso trata-se de uma complicação que, apesar de rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes transplantados. Devido à imunossupressão crônica, os pacientes transplantados possuem risco maior de infecções oportunistas e neoplasias. Dessa forma, nos pacientes em que

tratamento com neurotoxoplasmose não cursar com melhora clínica em até duas semanas, deve-se considerar biópsia para o diagnóstico diferencial de neoplasia, incluindo PTLTD.

Referência:

Al-Mansour Z, Nelson BP, Evens AM. Post-transplant lymphoproliferative disease (PTLD): risk factors, diagnosis, and current treatment strategies. *Curr Hematol Malig Rep.* 2013;8(3):173-83. doi: 10.1007/s11899-013-0166-y.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104788>

ID - 3161

RELATO DE CASO DE INFILTRAÇÃO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM LINFOMA INDOLENTE: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

MCO Tavares^a, TC Ferreira^a, AHBB Oliveira^a, AL Tavares^a, DM Nascimento^a, LEM Araujo^a, MM Santana^a, AG Delgadillo^a, P Vicari^a, HTR Figueiroa^b, IL Arce^a

^a Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Dentro dos Linfomas Não-Hodgkin (LNH), o LF é o subtipo indolente mais comum. Geralmente, apresenta quadros oligossintomáticos, evolução lenta, acometimento nodal e raramente invade outros órgãos. Apesar das terapias não serem curativas, o LF costuma ter um bom prognóstico, com uma taxa de sobrevida global de 80% em 10 anos. Quanto ao acometimento do sistema nervoso central (SNC) por LNH, a maioria dos casos são por subtipos agressivos, de forma que nos indolentes, varia em 3% dos casos. A apresentação clínica varia e as lesões podem afetar o parênquima cerebral, cerebelo, áreas periventriculares e meninges. A maioria dos casos relatados apresenta transformação histológica em Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB), embora alguns permaneçam como LF. Além disso, a maioria dos diagnósticos iniciais ocorre em graus 1-2, indicando que a infiltração do SNC pode ocorrer independente do grau histológico. A infiltração da medula óssea ao diagnóstico também parece ser um fator de risco para o envolvimento do SNC. O tratamento geralmente envolve altas doses de metotrexato (MTX) sistêmico e intratecal, antraciclinas e radioterapia. No entanto, a sobrevida limitada, indicando um prognóstico mais reservado.

Descrição do caso: Paciente masculino, 57 anos, com histórico de tratamento de linfoma, subtipo desconhecido, internado por lesão inguinal direita de crescimento progressivo, associado a edema unilateral de membro inferior direito. Durante a investigação, exames de imagem identificaram linfonodomegalia inguinal de aproximadamente 4,5 cm, bem como supraclaviculares e mediastinais. Foi constatada trombose venosa profunda do sistema ilíaco-femoral direito. A biópsia incisional da adenomegalia resultou em imuno-histoquímica compatível com linfoma folicular (LF) de grau histológico 1/2, FLIPI-3 e GELF-1, ao estadiamento inicial, e optado por tratar com R-CHOP. Após o quarto ciclo da quimioterapia, exames

de imagem evidenciaram aumento da linfonodomegalia inguinal direita, levando à suspensão temporária das próximas sessões, uma vez que o paciente contraiu dengue. Dez dias após o diagnóstico da arbovirose, o mesmo foi internado por persistência dos sintomas de náuseas, vômitos e sonolência. No curso intra-hospitalar, passou a apresentar alterações do nível de consciência, além de episódios de crise convulsiva. Transferido para a unidade de terapia intensiva, com investigação do quadro neurológico. A tomografia de crânio revelou aumento discreto do sistema ventricular, sem outros achados relevantes e o rastreio infeccioso do líquido foi negativo. Porém na imunofenotipagem, foram detectadas 87% das células compatíveis com neoplasia de células B maduras e imunofenótipo positivo para CD20, CD19, CD10 e CD79b, sugerindo linfoma folicular. Diante das condições clínicas, foi realizada infusão de MADIT. Apesar da terapia instituída, o paciente evoluiu para morte encefálica em poucos dias. **Conclusão:** Poucos estudos avaliaram até o momento o acometimento do SNC por linfomas de baixo grau, devido sua baixa incidência. Assim, as respostas ao tratamento e o prognóstico permanecem pouco esclarecidos. É importante atentar para envolvimento do SNC em doenças de curso mais agressivo, incluindo acometimento de medula óssea, envolvimento extra-nodal e surgimento de sintomas neurológicos. A profilaxia para o envolvimento do SNC em linfomas indolentes ainda não está bem estabelecida, portanto, são necessários estudos para desenvolver estratégias de profilaxia e tratamento, visando melhores respostas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104789>

ID - 2086

RELATO DE CASO: LINFOMA DE LENNERT, UMA VARIANTE RARA

VO Santos^a, JVA Duarte^a, LdV Moreira^b, SSSds Siqueira^b, MCM Santiago^b, HM Diniz^a, TAF de Sá^a

^a Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), Sobral, CE, Brasil

^b Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Linfoma de Lennert (LL) é uma variante rara do linfoma de células T periférico não especificado (PTCL-NOS), também chamada variante linfoepitelióide. Por sua raridade e critérios diagnósticos pouco definidos, é frequentemente subdiagnosticado ou confundido com outras patologias. Caracteriza-se por rica população de histiócitos epitelioides, associados a linfócitos T pequenos a médios, às vezes com células Reed-Sternberg-like. Estudos recentes mostram que LL possui perfil molecular distinto dentro do grupo PTCL-NOS, com diferenças em expressão gênica e microRNA que podem influenciar comportamento e prognóstico. O esquema CHOP é padrão, com resposta variável. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 38 anos, admitida para investigação de linfonodomegalias de rápida progressão. Inicialmente com prurido difuso, vômitos e diarreia tratados com múltiplas doses de