

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

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