

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

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

ivermectina, sem melhora. Evoluiu com linfonodomegalias múltiplas, disseminadas em menos de uma semana para cervical, supraclavicular, axilar, esternal e inguinal. Biópsia linfonodal prévia inconclusiva. Evoluiu com febre alta e lesões ulceradas, pruriginosas e dolorosas em membros inferiores e flancos, refratárias a antibioticoterapia. Desenvolveu disfagia e odinofagia. Na admissão, o laboratório evidenciou insuficiência renal aguda (creatinina 4,0 mg/dL, ureia 134 mg/dL), anemia microcítica grave (Hb 6,5 g/dL) com anisocitose e poiquilocitose, linfocitose persistente e hipercalemia. Sorologias para HIV, HTLV, EBV, HBV, HCV, sífilis e doença de Chagas foram negativas. Endoscopia digestiva alta mostrou esofagite erosiva grau A, duodenite erosiva e úlcera bulbar aguda com sangramento recente; iniciou-se inibidor de bomba de prótons. Ultrassonografia renal evidenciou nefrolitíase bilateral não obstrutiva e alterações córtico-medulares. Paratormônio sérico reduzido e proteinúria leve foram detectados. Tomografias computadorizadas revelaram linfonodomegalias múltiplas em regiões cervical (maior 2,4 × 2,0 cm), mediastinal, axilar (até 5,6 cm), mesentérica e para-aórtica (até 4,5 × 3,2 cm), derrame pleural esquerdo e focos pulmonares em vidro fosco. Imunofenotipagem por citometria de fluxo no sangue periférico evidenciou população clonal de linfócitos T CD3+, CD4+, CD5+, CD7+, predominantemente CD8- e CD30-, com expressão restrita da cadeia $\beta 1$ do TCR. Biópsia de medula óssea sem sinais de malignidade. Durante internação, recebeu dexametasona em alta dose por quatro dias e ácido zoledrônico para hipercalemia, com melhora clínica. Biópsia linfonodal subsequente revelou infiltrado linfoide atípico com pequenos linfócitos T, histiócitos abundantes e células B grandes, mononucleadas e binucleadas, sugerindo linfoma T ou Hodgkin-like. Painel imunohistoquímico demonstrou CD4+, CD5+, CD7+, CD8+, BCL2+, granzyme B+, Ki-67 10%, compatível com linfoma T periférico variante de Lennert. Com base na apresentação clínica, achados histopatológicos e imunofenotípicos, foi iniciado tratamento quimioterápico com esquema CHOP. **Conclusão:** O caso é notável por: (1) a complexidade diagnóstica devido presença de células RS-like; (2) a idade jovem e rápida evolução indicando subtipo agressivo; e (3) a coexpressão de CD4 e CD8, junto a granzyme B e BCL2, sugerindo linhagem T complexa. O caso ilustra a importância da suspeição clínica e análise anatomopatológica detalhada para diagnóstico precoce de linfomas raros, ressaltando a necessidade de abordagem multidisciplinar diante da complexidade diagnóstica e terapêutica envolvida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104790>

ID – 1961

RELATO DE CASO: LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM ACHADO DE FALSO-POSITIVO EM PET-CT

V Souza-Boff, B Mussatto-Isotton,
A Oliveira-Almeida, G Siota-Schramm,
E Thomé, AC Molon, LM Lorenzini,
G Canali Locatelli Bellini, EMK Theodoro,
RD Lorandi

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul,
RS, Brasil

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o tipo mais comum de linfoma não Hodgkin e pode se apresentar de forma nodal ou extranodal, sendo clinicamente heterogêneo. Ademais, a refratariedade e a recidiva tornam o LDGCB um desafio clínico significativo, urgindo a necessidade de exames, como o PET-CT com 18F-FDG, para, além do estadiamento inicial, acompanhamento pós-terapêutico. Apesar disso, o PET-CT não distingue malignidades de causas benignas de hiper captação, dificultando a abordagem terapêutica. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 39 anos, previamente hígido, apresentou quadro de perda ponderal significativa (5 kg em três meses), inapetência, dispneia aos esforços e ortopneia. A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou volumosa massa mediastinal. A biópsia da lesão confirmou o diagnóstico de LDGCB, estágio IIIB. O tratamento com o esquema R-CHOP foi iniciado e o paciente apresentou boa resposta clínica com TC, constatando regressão completa da lesão mediastinal e ausência de novos achados após a quimioterapia. Manteve seguimento ambulatorial com exames laboratoriais e de imagem, incluindo tomografias seriadas, sem sinais de recidiva ou novas lesões. Entretanto, depois de 2 anos de estabilidade, o PET-CT de controle revelou três linfonodos cervicais esquerdos com captação hipermetabólica (SUV máximo de 15,6), sugerindo recidiva. Apesar do achado, o paciente seguia assintomático e com exames laboratoriais dentro da normalidade. Diante da suspeita, foi indicado esvaziamento cervical de níveis II e III à esquerda. O estudo anatomopatológico, um mês após a cirurgia, revelou hiperplasia linfoide reacional, sem evidência de neoplasia. A imunohistoquímica complementar foi negativa para marcadores de linfoma, confirmando o diagnóstico de linfonodos reacionais. Dessa forma, o achado hipermetabólico foi interpretado como falso-positivo no PET-CT, apesar do valor elevado de SUV. **Conclusão:** A hiper captação no PET-CT, com SUV elevado, gerou forte suspeita de recidiva, prontamente descartada pela biópsia, que revelou hiperplasia reacional. Este achado sublinha a limitação do PET-CT em distinguir malignidade e benignidade, expondo o risco de falsos positivos e intervenções desnecessárias. A ausência de sintomas e exames laboratoriais normais, neste contexto, reforça a necessidade de cautela na interpretação isolada do PET-CT. Ademais, a confirmação histopatológica é indispensável para o diagnóstico preciso, visto que altera abordagem terapêutica, contribuindo para um manejo adequado, reduzindo ansiedade e procedimentos invasivos desnecessários. A presença de foco hipermetabólico isolado em linfonodos cervicais ao PET-CT de controle em paciente com linfoma difuso de grandes células B representa um achado incomum, que exige avaliação criteriosa. É importante ressaltar que o PET-CT, apesar de ser um exame fundamental, isoladamente não define o manejo do paciente. Portanto, é imprescindível que a análise do PET-CT seja associada a outros métodos, como a biópsia, para guiar o tratamento.

Referências:

Hallack Neto AE, Foss H de F, Pereira J, Chauffaille ML, Lima CS, Buccheri V, et al. Estratificação de risco em linfoma difuso