

Rabello T, Pinto ILS, Gontijo L, Valle CI, Gravina J, Arcuri I, Barreto L
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

OBJETIVOS

As doenças linfoproliferativas sinusoidais se apresentam com lesão primária acometendo mucosa e seios paranasais, com uma apresentação arrastada até o diagnóstico. O linfoma plasmablastico (PBL) é um linfoma de alto grau, geralmente associado ao vírus HIV, mas podendo se manifestar em indivíduos imunocompetentes. Em virtude de suas características clínicas e patológicas peculiares, o PBL pode representar um desafio diagnóstico e terapêutico.

MATERIAIS E METODOS

Trata-se de um relato de caso. E foi obtido o termo de consentimento específico para esse trabalho.

RESULTADOS

RS, 74 anos, branco, previamente hipertenso, ex-tabagista, com uma história de três meses de evolução de epistaxe unilateral, associada ao crescimento de uma massa em maxila esquerda e cavidade oral. Realizada Ressonância Magnética de seios da face e de cavum que evidenciou lesão

expansiva, infiltrativa em seio paranasal esquerdo com extensão para fossa nasal bilateralmente. Falha óssea em lamina papirácea com insinuação para cavidade orbitária, rechaçando discretamente a gordura extra-conal e globo ocular contralateral. Realizada biópsia dessa lesão fora da instituição com laudo de Plasmocitoma - proliferação atípica com evidências de monoclonalidade para cadeia leve kappa, expressando ciclina-D1 multifocal e Cd138+. Encaminhado ao INCA com bom estado geral, sem

sintomas B, KPS 90%. PS1. Sem alterações laboratoriais de admissão e sorologias negativas. Revista a biópsia de cavum pelo INCA, que confirma Plasmocitoma, porém foi solicitada Imunohistoquímica complementar, que apresentou KI67: 70%. Seguida investigação para Mieloma Múltiplo que se mostrou negativa, confirmando então Plasmocitoma Solitário, e encaminhado a Radioterapia. Após 2 semanas o paciente evoluiu com aparecimento de um conglomerado linfonodal cervical a esquerda com crescimento rápido e aumento da lesão maxilar, que nos fez repensar o diagnóstico, não só pela apresentação clínica atípica, mas pela Imunohistoquímica conflitante para Plasmocitoma. Realizada biópsia da nova massa para elucidação diagnóstica e após correlação clínico-patológica foi revisada como Linfoma agressivo com diferenciação plasmablastica e KI67: 70%, EBV-LPM1 negativo.

Seguido estadiamento com Biópsia de medula óssea negativa e PET com SUV alta em conglomerado cervical a esquerda e cavum, ambas escápulas, clavícula esquerda e esterno. Após estadiamento completo - IVA, R-IP1 3 foi prescrita poliquimioterapia com esquema CHOP, e o paciente segue em tratamento sem intercorrências.



DISCUSSÃO

O caso apresentado nos mostra a desafio do diagnóstico nas neoplasias linfoproliferativas sinusoidais, uma vez que o diagnóstico mais comum nesta topografia é o Linfoma Difuso de Grandes Células B (55%), seguido do Linfomas de Células T periféricas (33,3%) e Linfoma Angiocêntrico (17,7%). Nosso paciente apesar de inicialmente apresentar diagnóstico como SOP, mostrou comportamento atípico tanto clinicamente, quanto no painel imunohistoquímico, o que nos levou a uma extensa discussão acerca da reavaliação e nova abordagem, que culminou no diagnóstico de Linfoma Plasmablastico

CONCLUSÃO

O caso descrito salienta a importância da avaliação criteriosa quando há evolução atípica na apresentação dos nossos pacientes, mesmo em patologias menos frequentes e o contato próximo entre clínicos e patologistas.