



Serviço e Disciplina de Clínica Médica

Sessão Clínica- 09 / 05 / 2022

Auditório Honor de Lemos Sobral - Hospital Escola Álvaro Alvim

Orientador: Prof. Dr. João Tadeu Damian Souto Filho

Relator: Dr. Hugo Freitas V. Fernandes (R2)

Debatedor: Dr. Gabriel M. de S. Sardinha (R1)

Identificação: 60 anos, sexo feminino, branca, casada, residente em Campos dos Goytacazes-RJ

Queixa Principal: Dores articulares e febre

HDA: Paciente previamente hígida, refere início de dores articulares em pequenas e médias articulações há cerca de 5 meses. Relata que inicialmente foi feito diagnóstico de Chikungunya e fez uso de cetoprofeno e prednisona 60mg com doses decrescentes, mas com retorno da artralgia durante o desmame do corticoide. Após 2 meses de evolução, iniciou uso de hidroxicloroquina e prednisona com controle parcial das dores. Após 4 meses do início dos sintomas começou a apresentar episódios de febre (37,5-38°C) em período vespertino, acompanhada de sudorese, mialgia e artralgia. Evoluiu com astenia importante com limitação das suas atividades de trabalho. Foi iniciado tratamento com metotrexato, mas a paciente suspendeu por efeitos colaterais de prostração e leucopenia. Nos 5 meses de evolução, apresentou emagrecimento de 5 Kg.

Sintomas referentes a outros aparelhos: Durante os 5 meses de evolução, a apresentou dois episódios de diarreia com melhora com tratamento sintomático. Apresentou episódio de infecção em vias aéreas, com relato de tosse com expectoração, dor torácica, tendo feito tratamento com amoxicilina e resolução do quadro. No momento da consulta não apresentava mais sintomas de diarreia ou sintomas respiratórios.

HPP: Nega outras comorbidades. Não faz uso de medicamentos. Prótese mamária há cerca de 10 anos.

História familiar: Sem doenças dignas de nota. Sem familiares com sintomas semelhantes.

História social: Reside em área urbana, em casa com boas condições de saneamento. Nega etilismo, tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Residiu no estado do Amazonas há cerca de 2 anos.

Ao exame:

REG, hidratada, hipocorada +/4, anictérica, acianótica, afebril.

- ACV: RCR, 2T, BNF, sem sopros, PA 110x70 mmHg, FC 88 bpm.
- AR: MV audível bilateralmente, sem ruídos adventícios. FR: 16 irpm.
SpO2: 98%.
- ABD: Flácido e indolor a palpação, peristalse audível, ausência de massas ou visceromegalias.
- Membros inferiores: sem edema, panturrilhas livres, pulsos palpáveis.
- Ausência de linfonodomegalias palpáveis em cadeias cervicais, axilares e inguinais.
- Exame neurológico sem alterações dignas de nota.

Exames laboratoriais apresentados na consulta (realizados nos últimos 4 meses):

Hemácias: 3,72 milhões/mm³

Hemoglobina: 10,5 g/dL

Hematócrito: 32,5 %

VCM: 87 fL

HCM: 28,2 pg

CHCM: 32 g/dL

Plaquetas: 295.000 /mm³

Leucócitos: 5.100 /mm³

Eosinófilos: 102 (02%)

Bastões: 0 (00%)

Segmentados: 3162 (62%)

Linfócitos: 1479 (29%)

Monócitos: 357 (07%)

PCR 5,9 mg/L / VHS: 99 mm

Bilirrubina Total: 1,2 mg/dL

Bilirrubina Direta: 0,8 mg/dL

Bilirrubina Indireta: 0,4 mg/dL

FA: 84 mg/dL / GGT: 35 mg/dL

TGO: 25 mg/dL Creatinina: 1,2

TGP: 15 mg/dL Uréia: 12 mg/dL

TSH: 1,22

T4 livre: 1,03 ng/dL

Exames laboratoriais apresentados na consulta (realizados nos últimos 4 meses):

Ferritina: 299 ng/mL

Ferro: 20 mcg/dL

LDH: 200 U/L

Amilase: 64 mg/dL

Glicose: 72 mg/dL

CPK: 32 mg/dL

Proteínas: 7,4 g/dL

- Albumina: 3,8 g/dL

- Globulinas: 3,6 g/dL

Lipase: 53 mg/dL

Cálcio: 9,4 mg/dL

Aldolase: 3,7 U/L

FAN 1/80 nuclear pontilhado fino

FR: negativo

WR: negativo

HBSAg negativo

Anti-HBc negativo

Anti-HCV negativo

Anti-HIV negativo

Anti-DNA negativo

A-SSa negativo

A-SSb negativo

A-RNP negativo

pANCA negativo

cANCA negativo

Anti-CCP negativo

PPD negativo

Eletroforese de ptn: albumina 3,26g, α 1 0,49g, α 2 1,09g, β 1 0,43g, β 2 0,39g, γ 1,15g

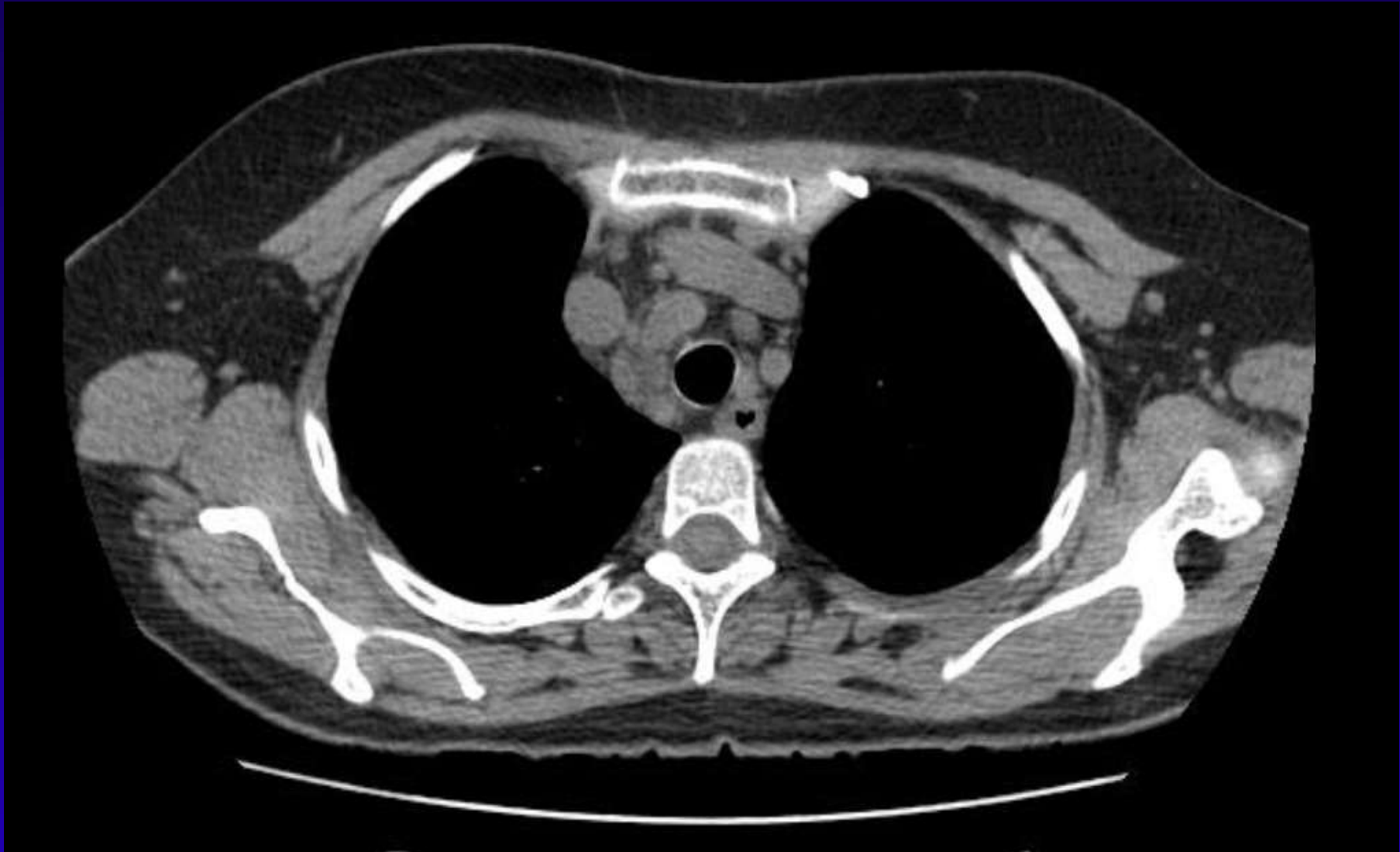
Imunofixação de proteínas: ausência de proteína monoclonal

IgG 1390 mg/dL / IgA 291 mg/dL / IgM 189 mg/dL / IgE 28 mg/dL

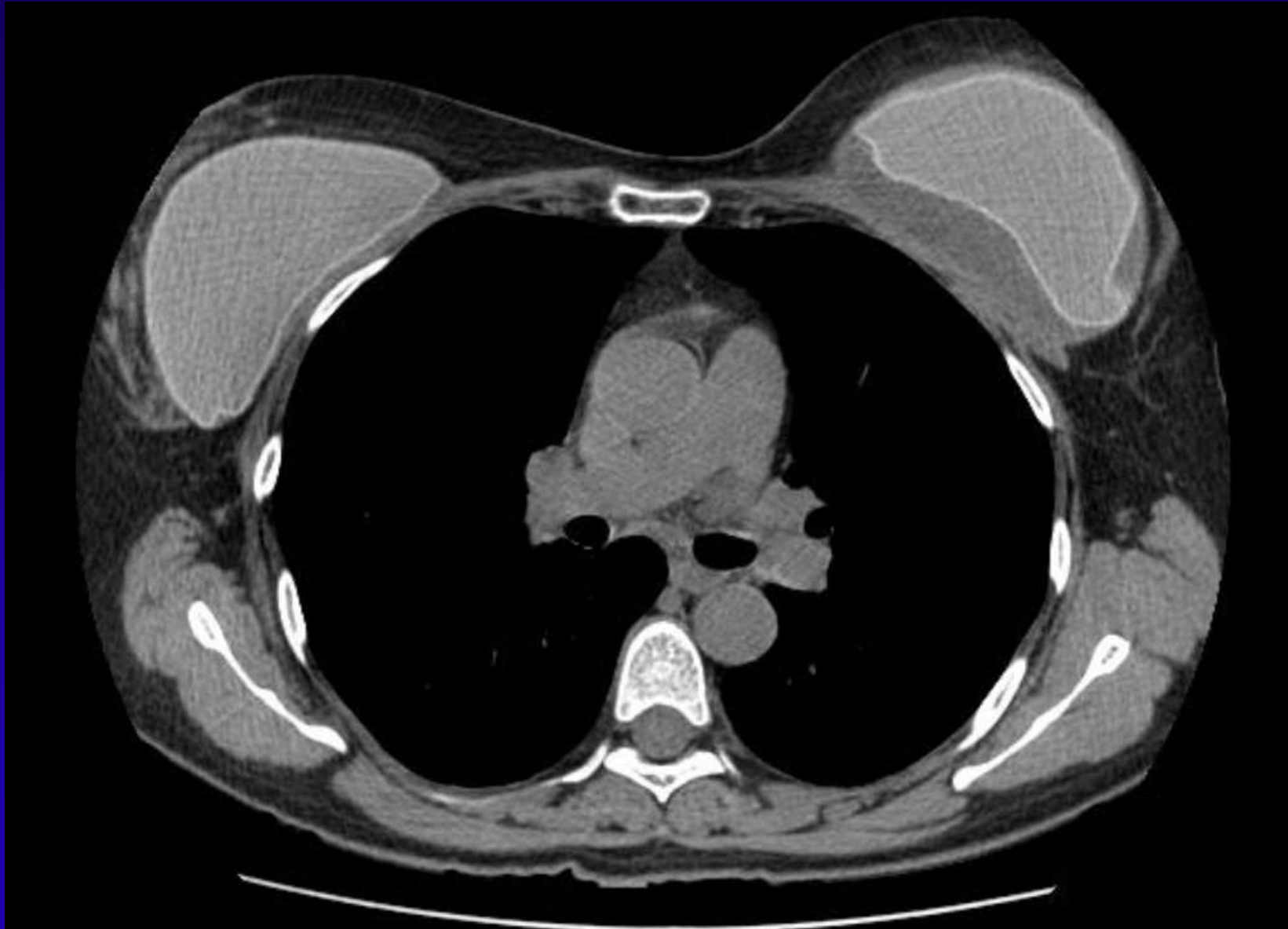
USG abdominal: fígado com forma, dimensões e contornos normais, veias porta e hepáticas normais, vesícula biliar com paredes finas e regulares sem litíase, pâncreas com forma, dimensões e contornos normais, baço de forma, dimensões e contornos normais, rins tópicos de forma, dimensões, textura e contornos normais, bexiga de aspecto anatômico, ausência de linfonodomegalias e líquido livre em cavidade abdominal.

TC Tórax: discretos espessamentos intersticiais localizados no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito, segmento lateral do lobo médio e língula, com algumas bronquioloectasias de permeio, sugerindo processo fibrocicatricial; faixas atelectasicas nos segmentos medial do lobo médio e lingular inferior, superfícies pleurais lisas, ausência de derrame pleural, linfonodos mediastinais agrupadas com realce discretamente heterogêneo pelo meio de contraste endovenoso, localizadas em topografia paratraqueal direita, com as maiores 2,1cm; moderado volume de líquido envolvendo a prótese mamária esquerda.

TC Tórax



TC Tórax



Caso Clínico

Condução do caso
Impressão diagnóstica

Discutir...



Dados importantes

- ✓ **DORES EM PEQUENAS E MÉDIAS ARTICULAÇÕES (5 MESES)**
- ✓ **USO DE AINE E CORTICOIDE COM MELHORA DOS SINTOMAS**
- ✓ **USO DE HIDROXICLOROQUINA E CORTICOIDE COM CONTROLE PARCIAL DOS SINTOMAS**
- ✓ **FEBRE VESPERTINA, SUDORESE, MIALGIA E ARTRALGIA**

Dados importantes

- ✓ **LEUCOPENIA COM MTX**
- ✓ **PERDA DE 5 KGS**
- ✓ **2 EPISODIOS DE DIARREIA**
- ✓ **INFECÇÃO DE VIA AEREA TRATADO COM AMOXICILINA**
- ✓ **PROTESE MAMARIA (10 ANOS)**
- ✓ **RESIDIU NA MAZONIA HÁ 2 ANOS**

LABORATÓRIO

Hem 3,72milhoes

Leuco 5100

Hb 10,5

Eosinofilos 102

Ht 32,5

Vcm 87

Hcm 28,2

Linfocitos 1479

Chcm 32

Monocitos 357

plaq 295000

vhs 99

fa 84

bil total 1,2

pcr 5,9

ggt 35

bil direta0,8

tgo25

tgp15

cr 1,2

ptns7,4

acido urico1,9

ferro 20

alb 3,8

tsh 1,22

ferritina 299

bil indireta0,4

globulina 3,6

t4l 1,03

ldh 200

LABORATÓRIO

Amilase 64

glicose 72

calcio 9,4

Lipase 53

cpk 32

aldolase 3,7

Fan 1/80 nuclear pontilhado fino

FR: negativo

WR: negativo

HBSAg negativo

Anti-HBc negativo

Anti-HCV negativo

Anti-HIV negativo

Anti-DNA negativo

A-SSa negativo

A-SSb negativo A-RNP negativo

pANCA negativo

cANCA negativo

Anti-CCP negativo

PPD negativo

LABORATÓRIO

Eletroforese de proteínas: albumina 3,26g, α 1 0,49g, α 2 1,09g, β 1 0,43g, β 2 0,39g, γ 1,15g

Imunofixação de proteínas: ausência de proteína monoclonal

IgG 1390 mg/dL IgA 291 mg/dL

IgM 189 mg/dL IgE 28 mg/dL

FIBROMIALGIA (A FAVOR)

**PACIENTE COM QUADRO DE ARTRALGIA E MIALGIA
FEBRE**

PERIODO MAIOR QUE 3 MESES

REFRATARIO AO USO DE MEDICAÇÕES

**NAO SE SABE NUMEROS DE PONTOS DOLOROSOS
(11/18)**

LIMITA ATIVIDADES DIARIAS

FIBROMIALGIA (CONTRA)

DIAGNOSTICO DE EXCLUSAO

PRESENÇA DE ALTERAÇÕES NA TC DE TORAX

ARTRITE REUMATOIDE (A FAVOR)

- ✓ FEMININO
- ✓ AUMENTO DO VHS
- ✓ PRESENÇA DE QUEIXAS ARTICULARES

ARTRITE REUMATOIDE (CONTRA)

- ✓ ARTRITE EROSIVA(DEFORMIDADE ARTICULAR)
- ✓ PEQUENAS ARTICULAÇÕES PERIFERICAS E SIMETRICO
- ✓ AUSENCIA DE DERRAME PLEURAL
- ✓ ANTI CCP NEGATIVO

SARCOIDOSE PULMONAR (PRINCIPAL)

- ✓ FADIGA
- ✓ PERDA DE PESO
- ✓ DOR E EDEMA NAS ARTICULAÇÕES
- ✓ SINTOMAS PULMONARES: TOSSE SECA E PERSISTENTE (TEVE 1 EPISÓDIO TRATADO COM AMOXICILINA)
- ✓ MELHORA COM CORTICOIDE
- ✓ ACOMETE MAIS MULHER
- ✓ ACOMETIMENTO DE REGIÃO MÉDIO SUPERIOR DOS PULMÕES (DEMONSTRADO NA TC DE TORAX)
- ✓ PRESENÇA DE LINFONODOS MEDIASTINAIS
- ✓ HIPERGLOBULINEMIA

TC DE TORAX

- ✓ **Discretos espessamentos intersticiais localizados no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito, segmento lateral do lobo médio e língula, com algumas bronquioloectasias de permeio, sugerindo processo fibrocicatricial; faixas atelectasicas nos segmentos medial do lobo médio e lingular inferior, superfícies pleurais lisas, ausência de derrame pleural, linfonodos mediastinais agrupadas com realce discretamente heterogêneo pelo meio de contraste endovenoso, localizadas em topografia paratraqueal direita, com as maiores 2,1cm; moderado volume de líquido envolvendo a prótese mamária esquerda**

DIAGNÓSTICO

- ✓ **CLINICA +**
- ✓ **ALTERAÇÕES NO EXAME DE IMAGEM +**
- ✓ **BIOPSIA COM PROCESSO MONONUCLEAR GRANULOMATOSO ESTERIL E SEM PARTICULAS**

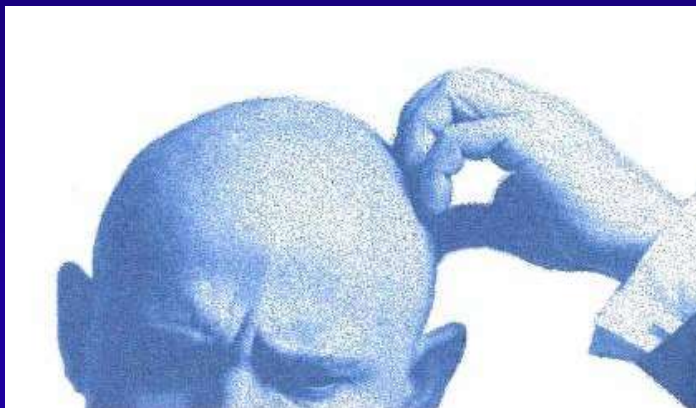
TRATAMENTO

- ✓ Regressão com tratamento com diminuição de granulomas, porem podem haver cicatrizes
- ✓ GLICOCORTICOIDES (PREDNISONA)
- ✓ OUTRAS DROGAS: ANTIMALARICOS (HIDROXICLOROQUINA), MTX

REFERENCIAS

- ✓ <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/yD9q5TbmKmRhckZ39rVKF6D/?lang=pt>
- ✓ [https://www.chestmed.theclinics.com/article/S0272-5231\(04\)00050-4/fulltext](https://www.chestmed.theclinics.com/article/S0272-5231(04)00050-4/fulltext)
- ✓ <https://www.scielo.br/j/rbr/a/xKmjCGfP8SQnPqngfQ9CS7w/?lang=pt>
- ✓ <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/11863-sarcoidosis-overview>

SEGUIMENTO DO CASO

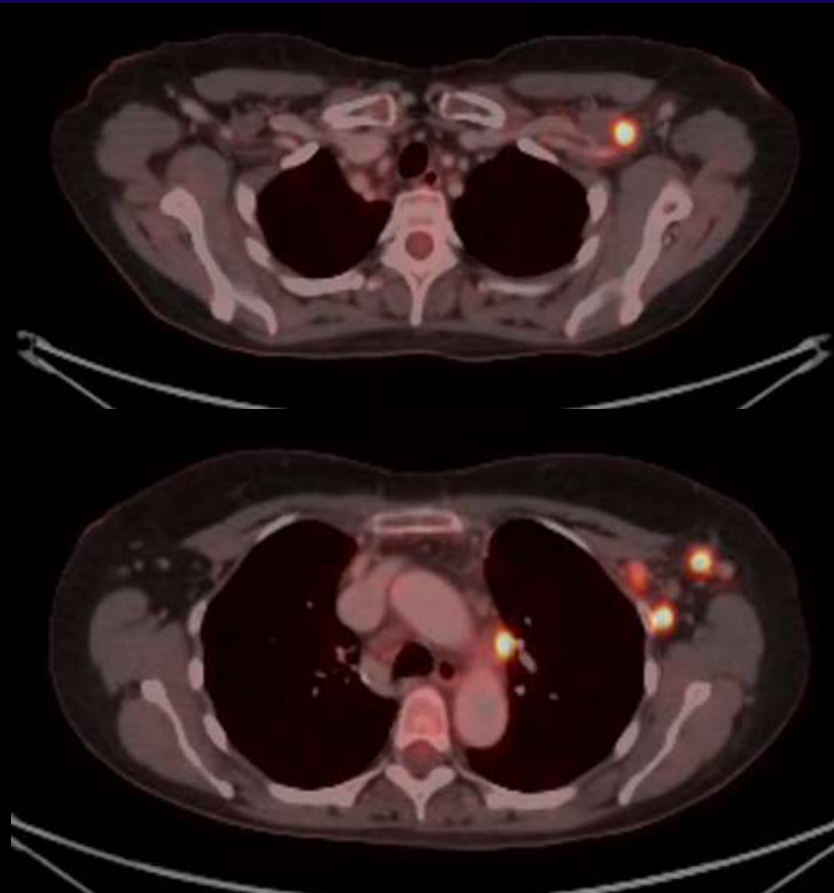
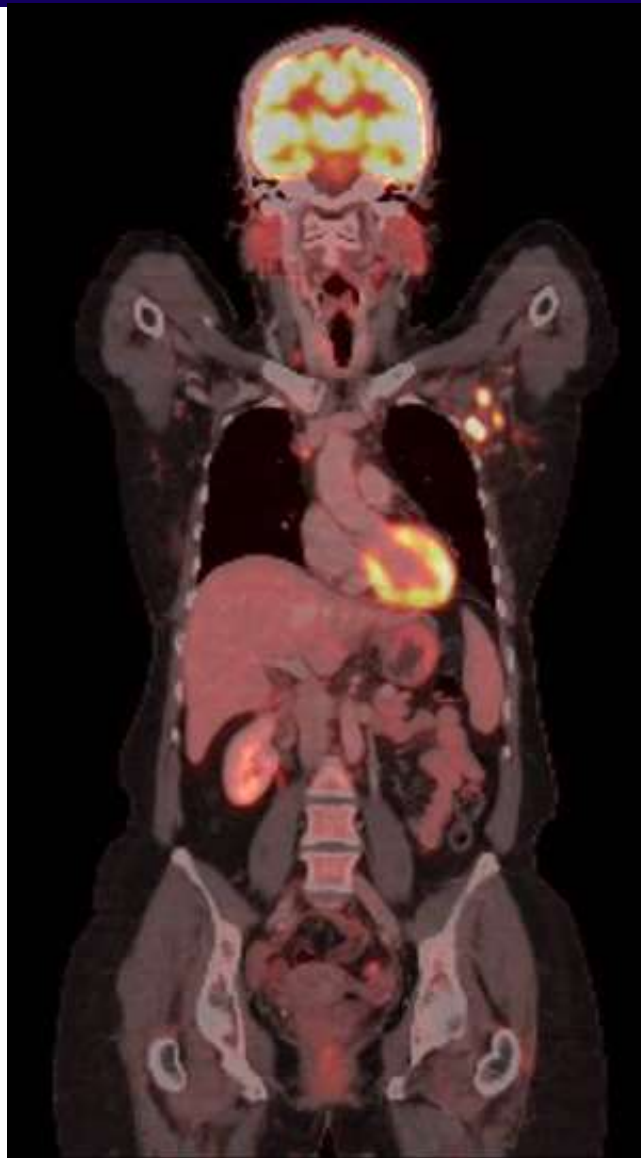
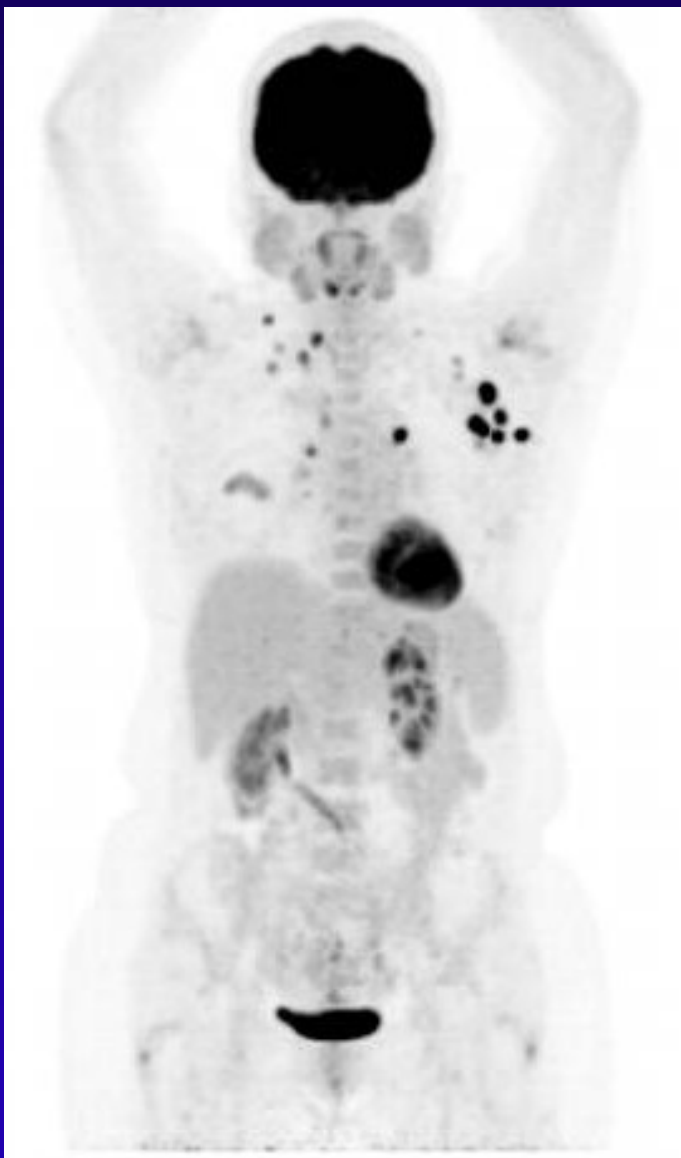


Investigação

Exames

- ✓ Hemoculturas: negativas
- ✓ ECA: 32 (35 a 114)
- ✓ Histoplasmosose: negativo
- ✓ Paracoccidioidomicose: negativo

PET CT Scan



Investigação

PET CT Scan

- ✓ Linfonodos e linfonomegalias, muitas apresentando centro hipodenso podendo corresponder a degeneração cística necrótica, localizados em fossa supraclavicular (7mm, SUVmax 6,7), paratraqueal inferior (11mm, SUVmax 2,9), compartimento pre-vascular do mediastino (6mm, SUVmax 4,6), subcarinal (15mm, SUVmax 9,5).
- ✓ Prótese mamária bilateral. Presença de imagem alongada com densidade líquida, envolvendo a prótese mamária à esquerda, notadamente em situação posterior, sendo observado mínimo metabolismo glicolítico no contorno protético (SUVmax 3,9), podendo corresponder a seroma.

Investigação

Evolução

- ✓ Encaminhada ao Mastologista
- ✓ Procedimento cirúrgico para retirada da prótese de mama
- ✓ Histopatológico / Imunohistoquímica:
 - capsula de implante de mama esquerda
 - compatível com pseudocápsula de implante mamário, com células gigantes tipo “corpo estranho”
 - ausência de malignidade

Investigação

Evolução

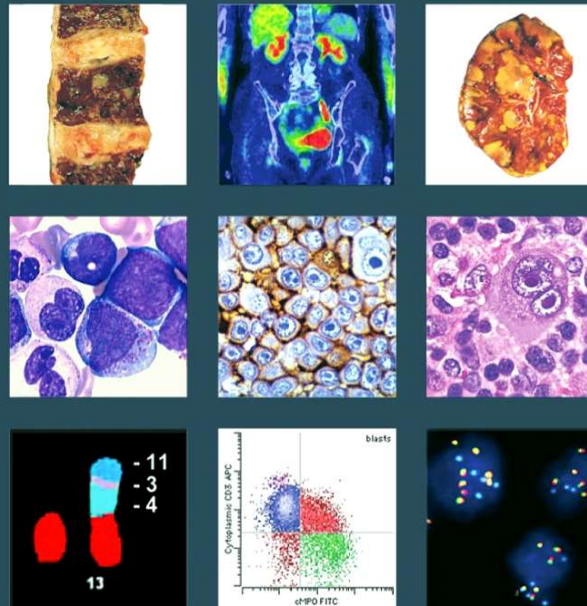
- ✓ Procedimento biopsia de linfonodo axilar esquerdo
- ✓ Histopatológico / Imunohistoquímica:
 - Linfoma não Hodgkin de grandes células anaplásico, associado a implante mamário
 - Imunopositividade difusa para CD30 e CD45 (LCA)

WHO classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid tissues

WHO Classification of Tumors of Haematopoietic and Lymphoid Tissues

2017 Revised Edition

Steven H. Swerdlow, Elias Campo, Nancy Lee Harris, Elaine S. Jaffe, Stefano A. Pileri, Harald Stein, Jürgen Thiele, Daniel A. Arber, Robert P. Hasserjian, Michelle M. Le Beau, Attilio Orazi, Reiner Siebert



WHO classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid tissues

Hodgkin lymphomas

- ✓ Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma
- ✓ Classic Hodgkin lymphoma
- ✓ Nodular sclerosis classic Hodgkin lymphoma
- ✓ Lymphocyte-rich classic Hodgkin lymphoma
- ✓ Mixed-cellularity classic Hodgkin lymphoma
- ✓ Lymphocyte depleted classic Hodgkin lymphoma

WHO classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid tissues

Mature B-cell neoplasms

- ✓ Chronic lymphocytic leukaemia/small lymphocytic lymphoma
- ✓ Monoclonal B-cell lymphocytosis
- ✓ B-cell prolymphocytic leukaemia
- ✓ Splenic marginal zone lymphoma
- ✓ Hairy cell leukaemia
 - Splenic B-cell lymphoma/leukaemia, unclassifiable
 - Splenic diffuse red pulp small B-cell lymphoma
 - Hairy cell leukaemia variant
- ✓ Lymphoplasmacytic lymphoma / Waldenström macroglobulinemia
- ✓ IgM Monoclonal gammopathy of undetermined significance
- ✓ Heavy chain diseases
 - Mu heavy chain disease
 - Gamma heavy chain disease
 - Alpha heavy chain disease

WHO classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid tissues

Mature B-cell neoplasms

- ✓ Plasma cell neoplasms
 - Non-IgM monoclonal gammopathy of undetermined significance
 - Plasma cell myeloma
 - Smouldering (asymptomatic) plasma cell myeloma
 - Non-secretory myeloma
 - Plasma cell leukaemia
 - Plasmacytoma
 - Solitary plasmacytoma of bone
 - Extracranial plasmacytoma
 - Monoclonal immunoglobulin deposition diseases
 - Primary amyloidosis
 - Light chain and heavy chain deposition diseases
 - Plasma cell neoplasms with associated paraneoplastic syndrome
 - POEMS syndrome
 - TEMPI syndrome
- ✓ Extranodal marginal zone lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALT lymphoma)
- ✓ Nodal marginal zone lymphoma
 - Paediatric nodal marginal zone lymphoma

WHO classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid tissues

Mature B-cell neoplasms

- ✓ **Follicular lymphoma**
 - Testicular follicular lymphoma
 - In situ follicular neoplasia
 - Duodenal-type follicular lymphoma
 - Paediatric-type follicular lymphoma
- ✓ **Large B-cell lymphoma with *IRF* rearrangement**
- ✓ **Primary cutaneous follicle centre lymphoma**
- ✓ **Mantle cell lymphoma**
 - Leukaemic non-nodal mantle cell lymphoma
 - In situ mantle cell neoplasia
- ✓ **Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), NOS**
- ✓ **T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma**
- ✓ **Primary diffuse large B-cell lymphoma of the CNS**
- ✓ **Primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma, leg type**
- ✓ **EBV-positive diffuse large B-cell lymphoma, NOS**
- ✓ **EBV-positive mucocutaneous ulcer**
- ✓ **Diffuse large B-cell lymphoma associated with chronic inflammation**
 - Fibrin-associated diffuse large B-cell lymphoma

WHO classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid tissues

Mature B-cell neoplasms

- ✓ Lymphomatoid granulomatosis
- ✓ Primary mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma
- ✓ Intravascular large B-cell lymphoma
- ✓ ALK-positive large B-cell lymphoma
- ✓ Plasmablastic lymphoma
- ✓ Primary effusion lymphoma
- ✓ HHV-associated lymphoproliferative disorders
- ✓ Multicentric Castleman disease
- ✓ HHV-positive diffuse large B-cell lymphoma, NOS
- ✓ HHV-positive germinotropic lymphoproliferative disorder
- ✓ Burkitt lymphoma
 - Burkitt-like lymphoma with 11q aberration
- ✓ High-grade B-cell lymphoma
- ✓ High-grade B-cell lymphoma with *MYC* and *BC2* and/or *BCL6* rearrangements
- ✓ High-grade B-cell lymphoma, NOS
- ✓ B-cell lymphoma, unclassified, with features intermediate between DLBCL and classic Hodgkin lymphoma

WHO classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid tissues

Mature T-cell neoplasms

- ✓ T-cell prolymphocytic leukaemia
- ✓ T-cell large granular lymphocytic leukaemia
- ✓ Chronic lymphoproliferative disorder of NK cells
- ✓ Aggressive NK-cell leukaemia
- ✓ EBV-positive T-cell and NK-cell lymphoproliferative diseases of childhood
- ✓ Systemic EBV+ T-cell lymphoma of childhood
- ✓ Chronic active EBV infection of T- and NK-cell type, systemic form
- ✓ Hydroa vacciniforme-like lymphoproliferative disorder
- ✓ Severe mosquito bite allergy
- ✓ Adult T-cell leukaemia/lymphoma
- ✓ Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type
- ✓ Intestinal T-cell lymphoma
- ✓ Enteropathy-associated T-cell lymphoma
- ✓ Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma
- ✓ Intestinal T-cell lymphoma, NOS
- ✓ Indolent T-cell lymphoproliferative disorder of the gastrointestinal tract
- ✓ Hepatosplenic T-cell lymphoma

WHO classification of tumours of Haematopoietic and Lymphoid tissues

Mature T-cell neoplasms

- ✓ Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma
- ✓ Mycosis fungoides
- ✓ Sézary syndrome
- ✓ Primary cutaneous CD30-positive T-cell lymphoproliferative disorders
 - Lymphomatoid papulosis
 - Primary cutaneous anaplastic large cell lymphoma
- ✓ Primary cutaneous peripheral T-cell lymphomas,
 - Primary cutaneous gamma delta T-cell lymphoma
 - Primary cutaneous CD8-positive aggressive epidermotropic cytotoxic T-cell lymphoma
 - Primary cutaneous acral CD8-positive T-cell lymphoma
 - Primary cutaneous CD4-positive small/medium T-cell lymphoproliferative disorder
- ✓ Peripheral T-cell lymphoma, NOS
- ✓ Angioimmunoblastic T-cell lymphoma
- ✓ Follicular T-cell lymphoma
- ✓ Nodal peripheral T-cell lymphoma with TFH phenotype
- ✓ Anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive
- ✓ Anaplastic large cell lymphoma, ALK-negative
- ✓ Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma (2017)

Conduta

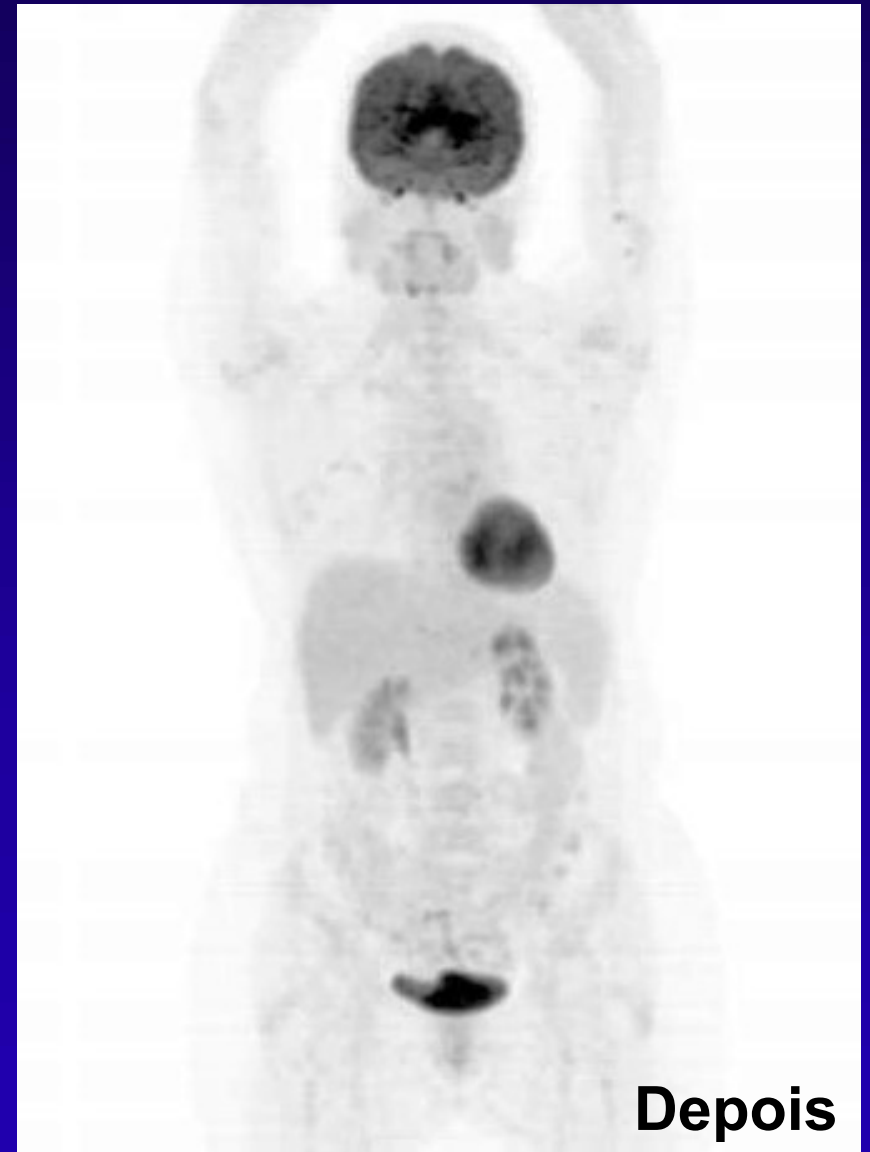
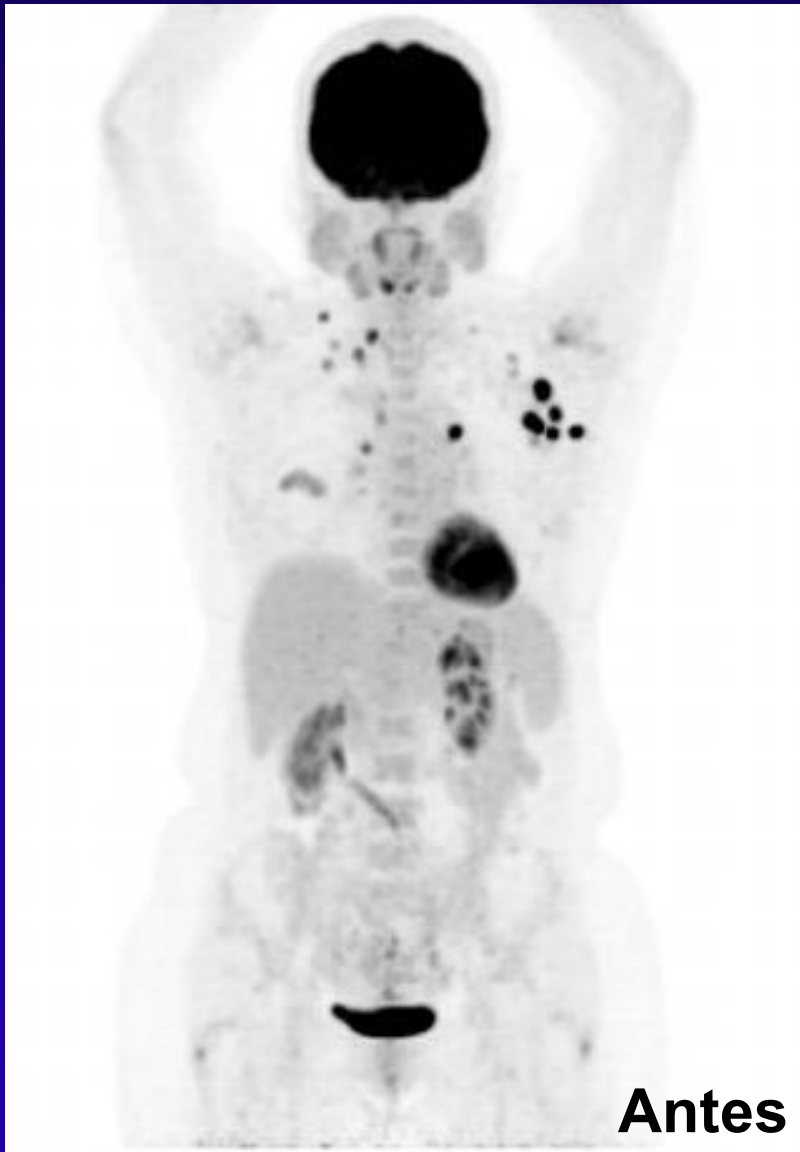
Tratamento quimioterápico

- ✓ Protocolo: B+CHP
 - Brentuximab (anti-CD30)
 - Ciclofosfamida
 - Doxorubicina
 - Prednisona

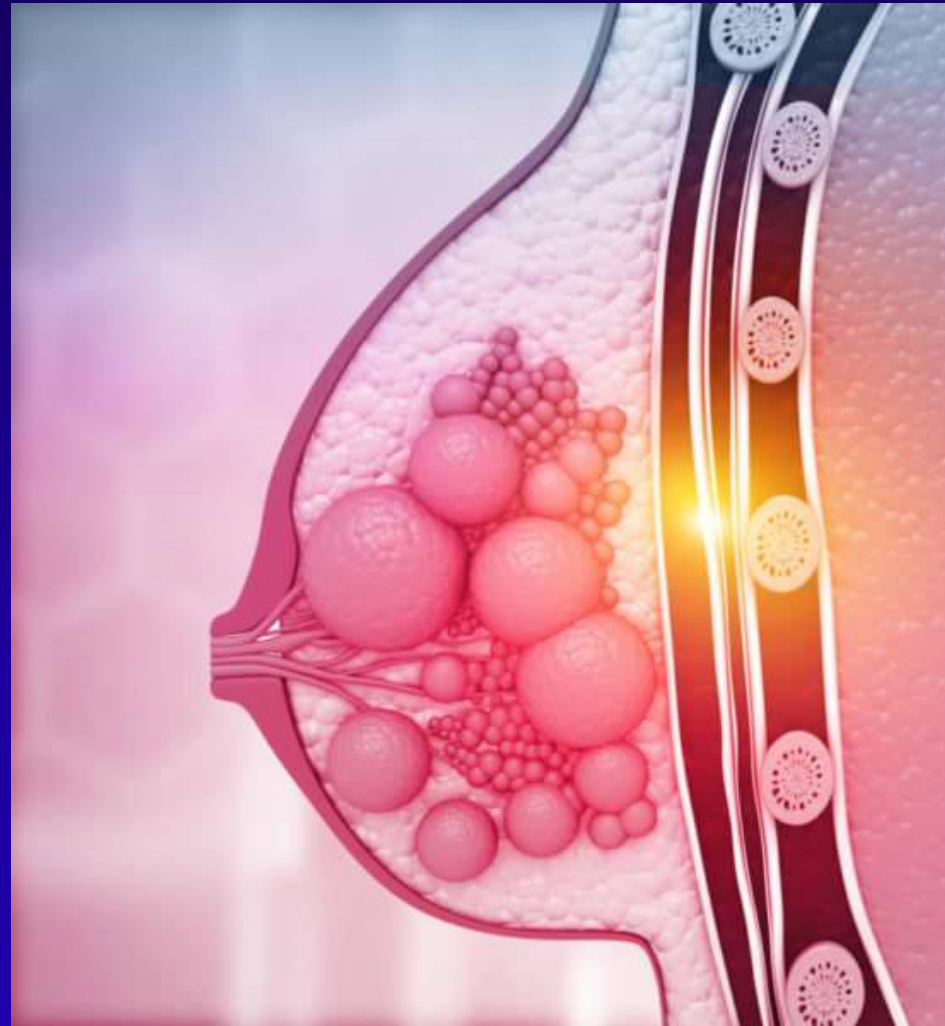
Evolução

- ✓ Remissão Completa
- ✓ PET CT Scan (controle)

PET CT Scan - Acompanhamento



Linfoma Primário de Mama



Linfoma Primário de Mama

✓ Epidemiologia

- Neoplasias incomuns
- ~ 0,5% das neoplasias mamárias e ~ 2% dos linfomas extra-nodais
- Distribuição etária semelhante ao dos CA de mama, com a idade média de apresentação sendo de 57 anos

Linfoma Primário de Mama

✓ Clínica

- Indistinguíveis de outros tumores de mama
- Geralmente são tumores únicos, indolores e bem delimitados, apresentando consistência fibroelástica e crescimento rápido
- Achados inespecíficos podem estar presentes: Descarga mamilar, retração cutânea, edema em pele de laranja e eritema
- O tumor é habitualmente solitário, porém podem estar associado a nódulos subcutâneos periféricos ou infiltração difusa da mama
- Linfadenopatia axilar ipsilateral está presente em 30 – 40% dos casos
- Sintomas B são incomuns

Linfoma Primário de Mama

✓ Diagnóstico

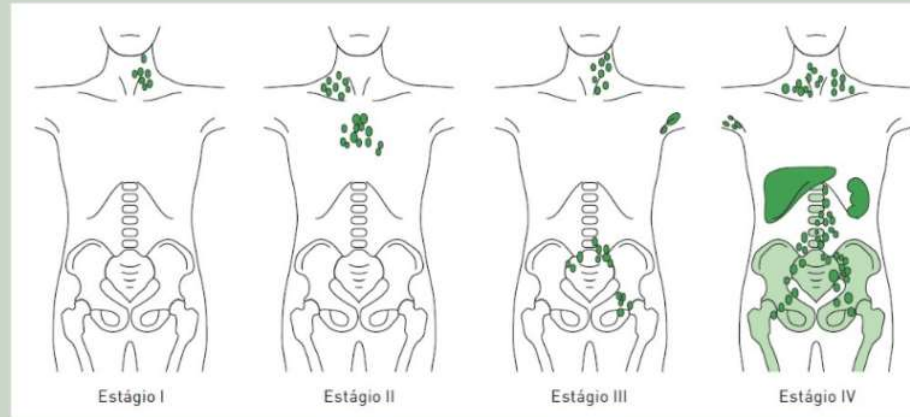
- Biópsia + Imuno-histoquímica
- Os critérios diagnósticos continuam sendo a definição padrão da doença:
 - Mama ser o sítio inicial
 - Ausência de história pregressa de linfoma
 - Ausência de doença disseminada ao diagnóstico
 - Associação do linfoma com o tecido mamário na análise histopatológica
 - Os linfonodos axilares podem estar comprometidos desde que o envolvimento seja simultâneo ao da mama

Linfoma Primário de Mama

✓ Estadiamento

- Ann Arbor

Classificação de Ann Arbor



Estágio I

envolvimento de uma cadeia linfonodal ou estrutura linfoide (baço, timo, anel de Waldeyer) ou sítio extra linfático (IE)

Estágio II

envolvimento de 2 ou mais cadeias linfonodais localizadas no mesmo lado do diafragma, que pode ter contiguidade com um local extra linfático (IIE)

Estágio III

envolvimento de cadeias linfonodais em ambos os lados do diafragma, que pode estar associado a um local extra linfático (IIIE) ou envolvimento do baço (IIIS), ou ambos (IIIES)

Estágio IV

envolvimento disseminado de um ou mais órgãos extra linfáticos, ou ainda envolvimento de um local extra linfático com envolvimento linfonodal à distância

Subtipos

A: Ausência de sintomas sistêmicos

B: Presença de sintomas sistêmicos:

- Febre
- Sudorese noturna
- Perda de peso inexplicável (> 10% do peso em 6 meses)

E: Comprometimento solitário, localizado de tecido extralinfático, excluindo fígado e medula óssea

Linfoma Primário de Mama

✓ Aspectos Histopatológicos

- A maioria dos LPMs deriva da transformação de células B
- O subtipo histológico mais frequente é o Linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), com uma frequência de 45 – 70%
- Outros subtipos podem estar associados: LPM de células de zona marginal, (< 10%), Linfoma folicular (< 15%), Linfoma de Burkitt (~10%), Linfoma linfocítico de células pequenas...
- Os linfomas de células T compreendem menos de 15% de todos os LNH e os LPM de células T são extremamente raros (< 6%). **Recentes relatos na literatura sugerem uma associação estreita entre a ocorrência de Linfoma Anaplásico de Grandes Células e Próteses mamárias (BIA-ALCL).**

Linfoma Anaplásico de Grandes Células Associado ao Implante de Mama – (BIA – ALCL)

✓ **Fisiopatologia**

- A exata fisiopatologia é incerta, mas as teorias mais atuais apontam para um processo complexo que envolve vários fatores, incluindo crescimento do biofilme bacteriano, a superfície do implante texturizado, a resposta imune e a genética do paciente
- Implantes texturizados e o microbioma da mama, potencialmente desencadeiam transformação maligna por aumentarem o risco de inflamação crônica, guiada por antígenos (principalmente linfócitos Th1 e Th17)
- Com os conceitos atuais, pode-se afirmar que o implante mamário texturizado implica como fator de risco e não como agente causador

Linfoma Primário de Mama

✓ Tratamento

- Baseia-se nas recomendações atuais para o tratamento de linfomas extra nodais.
- Linfomas de baixo grau podem ser tratados com excisão local e/ou radioterapia
- Linfomas de alto grau (LDGCB, Burkitt...) devem ser tratados com quimioterapia associada ou não a radioterapia
- A conclusão da maioria dos autores, é que a combinação entre cirurgia conservadora, QT com regime contendo antraciclina e RT produziram os melhores resultados na era Pré-Rituximabe
- O desenvolvimento das chamadas drogas-alvo obteve grande sucesso no tratamento dos linfomas agressivos. Inicialmente estudada em linfomas indolentes, o anticorpo monoclonal anti-CD20 Rituximabe, vem demonstrando benefício no tratamento de linfomas agressivos

Ref. Bibliográficas

LINFOMA primário da mama: apresentação clínica e características histopatológicas e moleculares. Revista Brasileira de Oncologia Clínica, ano 2012, v. Vol. 8, n. 28, 7 jun. 2012. p. 79-87

Linfoma anaplásico de grandes células relacionado ao implante mamário: revisão sistemática da literatura. Rev. Bras. Cir. Plást.2019;34(4):531-538

Jaffe ES, Ashar BS, Clemens MW, Feldman AL, Gaulard P, Miranda RN, Sohani AR, Stenzel T, Yoon SW. Best Practices Guideline for the Pathologic Diagnosis of Breast Implant - **Associated Anaplastic Large-Cell Lymphoma.** J Clin Oncol. 2020 Apr 1;38(10):1102-1111. doi: 10.1200/JCO.19.02778. Epub 2020 Feb 11. PMID: 32045544; PMCID: PMC7106983.