LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B DA TIREOIDE: RELATO DE CASO

Amanda Cristina CARNEIRO[1]; Adna Jwklezya de Santana SILVA[1]; Stefany Neves PORTO[1]; Rafael Versiani Brugnara D'OLIVEIRA[2]

[1]Discente do Curso de Medicina da Universidade do Estado de Minas Gerais

[2] Médico Cirurgião de Cabeça e Pescoço e Cirurgião Crânio Maxilo Facial na Santa Casa de Misericórdia de Passos e Docente do Curso de medicina da Universidade do Estado de Minas Gerais

Email: amandacarneiroeai@gmail.com

Introdução: O linfoma primário da tireoide é raro, representando menos de 5% das neoplasias malignas da glândula e cerca de 2% dos linfomas extranodais (1). Afeta principalmente mulheres entre 60 e 70 anos, frequentemente associadas à tireoidite de Hashimoto, que favorece a infiltração de linfócitos B e possível transformação maligna (2). A forma mais comum é o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), geralmente do subtipo centro germinativo, um linfoma não Hodgkin caracterizado por positividade para CD20, CD10 e BCL-6. Clinicamente, se apresenta como massa cervical de crescimento rápido, com sintomas compressivos. O diagnóstico exige biópsia e estudo imuno-histoquímico, diferenciando-o de carcinomas anaplásicos da tireoide, que têm conduta e prognóstico distintos (3). Descrição do caso: Mulher de 63 anos, com diabetes tipo 2, apresentou aumento cervical à esquerda há dois meses, com perda de peso significativa. Negava febre, tabagismo ou outras comorbidades relevantes. A tomografia revelou lesão cervical extensa, heterogênea e necrótica, sugerindo neoplasia agressiva. Foi realizada traqueostomia com istmectomia e biópsia, inicialmente suspeitando-se de carcinoma anaplásico. O anatomopatológico revelou tecido neoplásico hipercelular com infiltrado linfocitário atípico. A imuno-histoquímica demonstrou positividade para CD20, CD10 e BCL-6, e Ki-67 de 70%. Marcadores negativos incluíram BCL-2, MUM-1, C-MYC, calcitonina e epiteliais, excluindo carcinoma. O diagnóstico final foi LDGCB, subtipo centro germinativo, conforme a classificação da OMS. A paciente foi encaminhada ao serviço especializado. Discussão: O linfoma primário da tireoide, apesar de raro, deve ser considerado em massas cervicais de crescimento rápido, especialmente em pacientes com tireoidite prévia. A morfologia pode ser inespecífica, sendo a imuno-histoquímica fundamental para o diagnóstico. O perfil encontrado – positividade para CD20, CD10 e BCL-6, e ausência de BCL-2, MUM-1 e C-MYC – é compatível com o subtipo germinocêntrico e sugere melhor prognóstico. A diferenciação com linfomas de Hodgkin

baseia-se na ausência de células de Reed-Sternberg (4). O LDGCB responde bem à quimioterapia baseada em rituximabe, com altas taxas de remissão. Considerações finais: O caso reforça a importância da abordagem diagnóstica adequada em massas cervicais agressivas. A distinção entre linfoma e carcinoma anaplásico é essencial, e a imuno-histoquímica é uma ferramenta indispensável para o diagnóstico e definição da melhor conduta terapêutica.

Palavras chaves: Linfoma Difuso de Grandes Células B; Tireoide ;Imuno-histoquímica

Referências

1. Smith M, Thomas L, Green D. Primary thyroid lymphoma: diagnostic approach and treatment. *J Clin Endocrinol Metab*. 2020;105(3):e891–9.
2. Ahmed R, Hashmi M, Syed J, et al. Primary thyroid lymphoma: a clinicopathologic study. *Int J Surg Pathol*. 2021;29(1):56–61.
3. Smallridge RC, Copland JA. Anaplastic thyroid carcinoma: pathogenesis and emerging therapies. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2010 Aug;22(6):486–97. doi:10.1016/j.clon.2010.03.013. Epub 2010 Apr 24. PMID: 20418080; PMCID: PMC3905320.
4. World Health Organization. *WHO classification of haematolymphoid tumours*. 5th ed. Lyon: IARC; 2022.
5. Alaggio R, Amador C, Anagnostopoulos I, Attygalle AD, Araujo IBO, Berti E, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: lymphoid neoplasms. *Leukemia*. 2022 Jul;36(7):1720–48. doi:10.1038/s41375-022-01620-2. Epub 2022 Jun 22. Erratum in: *Leukemia*. 2023 Sep;37(9):1944–51. doi:10.1038/s41375-023-01962-5. PMID: 35732829; PMCID: PMC9214472.
6. Nguyen GK, Lee MW, Ginsberg J, et al. Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid: an overview. *Cytojournal*. 2003;1(1):12.
7. Cha H, Kim JW, Suh CO, Kim JS, Cheong JW, Lee J, et al. Patterns of care and treatment outcomes for primary thyroid lymphoma: a single institution study. *Radiat Oncol J*. 2013 Dec;31(4):177–84. doi:10.3857/roj.2013.31.4.177. PMID: 24501704; PMCID: PMC3912230.
8. Alizadeh AA, Eisen MB, Davis RE, et al. Distinct types of diffuse large B-cell lymphoma identified by gene expression profiling. *Nature*. 2000;403(6769):503–11.
9. Sehn LH, Connors JM. Treatment of diffuse large B-cell lymphoma: a risk-based approach. *Clin Lymphoma Myeloma*. 2006 Oct;7 Suppl 1:S14–9. doi:10.3816/clm.2006.s.003. PMID: 17101068.