

Linfoma Difuso de Grandes Células B em um Paciente de 36 Anos: Relato de Caso

Mariana Sousa Lima ^{1,*}, Neiva Pereira Paim ¹, Pâmela Alegranci ^{1,*}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Sinop, Mato Grosso, Brasil.

* Correspondência: pamelaaalegranci@ufmt.com

Resumo: Os linfomas não Hodgkin (LNH) constituem um grupo heterogêneo de tumores linfoides clonais caracterizados por um padrão irregular de disseminação. A incidência dos LNH tem aumentado nos últimos 50 anos, afetando atualmente aproximadamente 17 indivíduos a cada 100.000 habitantes. Entre os diferentes subtipos, o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o mais comum e ocorre com maior frequência em pacientes idosos. Um homem de 36 anos relatou episódios recorrentes de sinusite, ocorrendo quase três vezes ao ano. O paciente apresentou um nódulo cervical, seguido pelo rápido surgimento de uma massa orofaríngea. Aproximadamente um mês após o início dos sintomas, foi confirmado o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) estágio IIIIB bulky, positivo para C-MYC. Apesar de ser classificado como de alto risco, o paciente apresentou prognóstico favorável e alcançou remissão completa após o tratamento, que incluiu quimioterapia (R-CHOP) e radioterapia, ressaltando a eficácia dos protocolos terapêuticos padronizados mesmo em apresentações altamente agressivas.

Palavras-chave: Imunofenotipagem; Células B; Prognóstico.

Citation: Lima MS, Paim NP, Alegranci P. Linfoma Difuso de Grandes Células B em um Paciente de 36 Anos: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 JanDec;06 (1):bjcr196.

<https://doi.org/10.52600/2163-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr196>

Received: 25 Março 2026

Accepted: 1 Junho 2026

Published: 5 Junho 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Os linfomas são neoplasias em que os linfonodos, o baço ou outros órgãos sólidos são acometidos como órgãos-alvo. Tradicionalmente, são divididos em linfoma de Hodgkin (LH) e linfoma não Hodgkin (LNH), sendo este último caracterizado por um padrão irregular de disseminação e subdividido de acordo com o tipo celular afetado, como células B, células T ou células Natural Killer (NK) [1,2]. Os linfomas são classificados com base na linhagem celular, grau de maturidade, morfologia, imunofenótipo, testes citogenéticos e comportamento clínico [3]. Além disso, a histologia possui grande importância para a confirmação diagnóstica, frequentemente exigindo punção aspirativa por agulha fina (PAAF) e biópsia [4]. Existe uma ampla variedade de padrões histológicos, e variações nos genes HLA e não HLA têm sido identificadas, revelando suscetibilidade genética associada à função imunológica [5].

Entre os tipos de LNH, o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o mais comum, correspondendo a aproximadamente 30% a 40% dos casos [5,6]. A etiologia desse tumor permanece incerta, embora alguns relatos na literatura associem seu desenvolvimento à imunodeficiência ou a infecções virais causadas pelo vírus Epstein-Barr, HIV e vírus das hepatites B e C [5-7]. O tratamento padrão para o LDGCB é o esquema R-CHOP (Rituximabe, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisona), sendo o rituximabe um anticorpo monoclonal administrado em combinação com a quimioterapia CHOP. Outras combinações também vêm sendo estudadas, incluindo Obinutuzumabe +

CHOP, Bortezomibe + R-CHOP, Ibrutinibe + R-CHOP, Lenalidomida + R-CHOP e Polatuzumabe vedotina + R-CHP [8]. Apesar dos avanços na quimioterapia e nas terapias adjuvantes, nem todos os pacientes têm acesso ao tratamento de primeira linha, o que impacta negativamente o prognóstico e a sobrevida, permanecendo um importante desafio [9].

2. Relato de caso

Um homem de 36 anos procurou atendimento em uma unidade de atenção primária à saúde no Brasil, em 2018, apresentando sintomas que atribuía à sinusite, uma vez que possuía histórico de rinosinusite recorrente (três a quatro episódios por ano). Relatava também febre, dor de garganta e um nódulo endurecido e indolor na região submandibular. Foi solicitada uma ultrassonografia do nódulo e prescrito tratamento antibiótico por 15 dias (o paciente recorda ter utilizado amoxicilina associada ao clavulanato).

O paciente completou o tratamento antibiótico e os resultados da ultrassonografia não indicaram suspeita de malignidade. Ao final do tratamento prescrito, não apresentou melhora; pelo contrário, relatou o surgimento de novos sintomas, incluindo sudorese noturna eventual e o desenvolvimento de uma massa incomum na região da orofaringe (anel de Waldeyer). Diante disso, procurou um especialista em otorrinolaringologia, que solicitou uma tomografia computadorizada (TC) de cabeça e pescoço. O exame identificou uma lesão sólida expansiva com realce pelo contraste, localizada na fossa tonsilar, fossa palatina e base da língua à esquerda, ocupando o espaço mucoso faríngeo e estendendo-se para o espaço parafaríngeo ipsilateral, promovendo deslocamento e compressão dessas estruturas.

Além disso, observaram-se linfonodos esparsos, aumentados e alongados, com hilo preservado, nas cadeias cervicais bilaterais. Foi então solicitada uma biópsia do linfonodo submandibular. Após discussão entre o otorrinolaringologista e o patologista, decidiu-se não realizar a biópsia do linfonodo, uma vez que este apresentava apenas aumento de volume com características típicas. Optou-se por uma punção aspirativa por agulha fina, sob visualização direta da orofaringe, na tentativa de obter um diagnóstico mais rápido. A avaliação da amostra concluiu tratar-se de uma neoplasia maligna, com suspeita de linfoma não Hodgkin de alto grau, sendo indicada biópsia para estudo imuno-histoquímico.

Os resultados da imuno-histoquímica e o laudo anatomopatológico final foram fornecidos diretamente pelo paciente. A investigação diagnóstica realizada no centro oncológico incluiu PET/CT e perfil molecular. Além disso, informações referentes à análise por hibridização fluorescente in situ (FISH) foram obtidas durante a entrevista clínica com o paciente e um familiar profissional da área da saúde. A ausência dos relatórios moleculares originais representa uma limitação deste relato de caso, uma vez que esses dados foram baseados em comunicação verbal e não em documentação primária completa. Informações referentes aos ciclos de quimioterapia foram obtidas a partir do cartão de tratamento do paciente.

A biópsia da lesão foi então realizada, confirmando os achados da punção aspirativa por agulha fina. O material foi encaminhado para estudo imuno-histoquímico, que revelou expressão de CD20, elevado índice proliferativo avaliado pelo marcador Ki-67, além de positividade para CD10 e para a proteína antiapoptótica BCL-2. O estudo imuno-histoquímico confirmou o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B com imunofenótipo de célula B do centro germinativo (GCB), caracterizado por uma neoplasia maligna composta por grandes células linfoides atípicas, com nucléolos proeminentes e frequentes figuras de mitose, apresentando padrão difuso de crescimento.

A classificação final do caso foi estabelecida por análise molecular como linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) estágio IIIBE bulky, positivo para C-MYC. O intervalo entre o diagnóstico e a avaliação inicial no serviço de referência em oncologia foi de 30 dias. Nessa primeira consulta, o paciente apresentava afonia e encontrava-se limitado à

ingestão de líquidos, sendo necessária a realização de traqueostomia de urgência. Além disso, observou-se volumosa linfadenomegalia inguinal ao exame físico.

O tratamento quimioterápico com o esquema R-CHOP foi iniciado em 16 de outubro de 2018, compreendendo oito ciclos realizados em intervalos de 21 dias (concluídos em março de 2019). Posteriormente, o paciente foi submetido à radioterapia adjuvante, com dose total de 24 Gy distribuída em 18 sessões direcionadas à orofaringe. Os efeitos adversos observados durante os três primeiros ciclos de quimioterapia incluíram rubor facial e taquicardia, sintomas que desapareceram a partir do quarto ciclo. Também foram relatados náuseas, astenia, anorexia e dor venosa no membro superior utilizado para infusão. O paciente informou ainda que, devido ao surgimento de complicações odontológicas durante o tratamento, recebeu acompanhamento odontológico especializado por meio da equipe multiprofissional do centro oncológico.

O paciente alcançou remissão completa em setembro de 2020. Desde então, o acompanhamento foi realizado por meio de consultas trimestrais durante os anos de 2021 e 2022, semestrais em 2023 e 2024, e avaliações anuais a partir desse período. Segundo relato do paciente, as consultas de seguimento incluíam anamnese, hemograma completo e exame físico direcionado às cadeias linfonodais axilares e demais regiões de drenagem linfática. Atualmente, o paciente não faz uso de nenhuma medicação. Embora não tenha necessitado de acompanhamento psicológico durante ou após o tratamento, relatou dor persistente nos braços utilizados para infusão quimioterápica, sintoma que perdurou por aproximadamente dois anos. Além disso, refere complicações odontológicas recorrentes secundárias à radioterapia, que culminaram na extração de dois dentes em maio de 2025 em decorrência de osteorradição. O paciente enfatizou que as extrações foram previamente autorizadas pelo centro odontológico especializado vinculado à unidade oncológica onde recebeu tratamento.

3. Discussão e Conclusão

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é mais prevalente em homens com 60 anos ou mais e está associado a diversos fatores de risco, como desregulação imunológica, infecções virais e exposições ambientais ou ocupacionais [5,9–11]. Embora o LDGCB seja um dos linfomas não Hodgkin mais frequentes (80%) [5], o caso relatado destaca-se pela agressividade da doença, que apresentou rápida progressão. Segundo relato do paciente, a consulta inicial ocorreu em uma unidade de atenção primária à saúde, onde foi identificado um aumento de volume em linfonodo submandibular. O paciente não se recorda da intensidade da sudorese noturna nessa primeira consulta, mas refere que os sintomas se intensificaram à medida que a massa na região orofaríngea progredia.

A sudorese noturna representa um sintoma clínico comum e inespecífico, frequentemente subnotificado pelos pacientes durante consultas de rotina, a menos que seja diretamente investigado. Embora o diagnóstico diferencial inclua diversas condições graves e potencialmente fatais, como neoplasias hematológicas e infecções crônicas, a maioria dos pacientes que apresenta sudorese noturna persistente na atenção primária não possui uma doença grave subjacente [12]. O fato de o paciente ser jovem e apresentar histórico de infecções respiratórias pode ter contribuído para outras hipóteses diagnósticas no momento da procura por atendimento. Além disso, o diagnóstico inicial na atenção primária foi baseado apenas em ultrassonografia, sem considerar a presença de sudorese noturna. Com base nas informações da imuno-histoquímica e no relato do paciente, o caso apresenta associação dos genes MYC e BCL2. Embora a literatura demonstre que tumores com alterações concomitantes em BCL2 e MYC estejam associados a desfechos clínicos desfavoráveis [13,14], neste caso foi observada resposta positiva ao tratamento.

Na maioria dos casos desse tipo de linfoma, os pacientes respondem satisfatoriamente a seis ciclos de rituximabe associado à ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (R-CHOP) [7,11]. Esse protocolo foi utilizado no tratamento do paciente em 2018; entretanto, ele relatou ter recebido oito ciclos. Evidências demonstram que, para

LDGCB com rearranjos MYC/BCL2, recomenda-se o esquema ajustado de etoposídeo, prednisona, vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina e rituximabe (DA-EPOCH-R) [14]. A ausência de acesso aos prontuários médicos impede uma discussão mais aprofundada sobre os motivos da escolha do regime R-CHOP e da adoção de dois ciclos adicionais neste caso. Contudo, a integração de terapia multimodal (radioterapia e quimioterapia) foi determinante para o desfecho favorável, apesar da apresentação clínica volumosa.

Uma parcela dos pacientes pode apresentar recaída ou refratariedade ao tratamento do LDGCB, exigindo abordagens mais agressivas e, em alguns casos, transplante de células-tronco hematopoéticas, incluindo o transplante autólogo. Aqueles que não são elegíveis para transplante autólogo podem receber terapia com células CAR-T (receptor quimérico de antígeno) como alternativa terapêutica [11,15,16]. No caso relatado, não foram realizados punção lombar nem transplante. Cabe destacar que os dados clínicos deste relato de caso foram obtidos diretamente com o paciente, que disponibilizou os registros médicos que possuía para análise. Entretanto, não foi possível obter imagens com qualidade suficiente para inclusão nesta publicação.

Por fim, apesar da agressividade biológica tipicamente associada ao LDGCB impulsionado por MYC em adultos jovens e de seu prognóstico desfavorável, o paciente apresentou excelente resposta terapêutica. A combinação de R-CHOP e radioterapia localizada resultou em remissão completa em menos de doze meses, reforçando a eficácia dos protocolos terapêuticos padronizados mesmo em apresentações altamente agressivas.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Sinop, sob o CAAE nº 91518425.8.0000.8097 e Parecer nº 7.875.990, emitido em 1º de outubro de 2025. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido do paciente para participação e publicação deste relato de caso.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Jamil A, Mukkamalla SKR. Lymphoma. [Atualizado em 17 de julho de 2023]. Em: StatPearls [Internet]. Ilha do Tesouro (FL): StatPearls Publishing; jan. de 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560826/>.
2. Matasar MJ, Zelenetz AD. Overview of Lymphoma Diagnosis and Management. *Radiologic Clinics of North America*, 2008; 46(2):175-198. doi.org/10.1016/j.rcl.2008.03.005.
3. Alaggio R, Amador C, Anagnostopoulos I, et al. The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. *Leukemia* 36, 1720–1748 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41375-022-01620-2>
4. Inançlı HM, Kanmaz MA, Ural A, Dilek GB. Fine needle aspiration biopsy: in the diagnosis of salivary gland neoplasms compared with histopathology. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013; 65(Suppl 1):121-5. doi: 10.1007/s12070-012-0608-4.
5. Berhan A, Almaw A, Damtie S, Solomon Y. Diffuse large B cell lymphoma (DLBCL): epidemiology, pathophysiology, risk stratification, advancement in diagnostic approaches and prospects: narrative review. *Discov Oncol.* 2025; 15;16(1):184. doi: 10.1007/s12672-025-01958-w.
6. Thiruvengadam SK, Herrera AF, Rhee JW. How to Treat Diffuse Large B-Cell Lymphoma: Oncologic and Cardiovascular Considerations. *JACC CardioOncol.* 2023; 20;5(3):281-291. doi: 10.1016/j.jacc.2023.05.001.
7. Melchardt T, Egle A, Greil, R. How I treat diffuse large B-cell lymphoma. *ESMO Open*, 2023; 8(1):100750. DOI://doi.org/10.1016/j.esmoop.2022.100750.
8. Barraclough A, Hawkes E, Sehn LH, Smith SM. Diffuse large B-cell lymphoma. *Hematol Oncol.* 2024 Nov;42(6):e3202. doi: 10.1002/hon.3202.
9. Pacis S, Bolzani A, Heuck A. et al. Epidemiology and Real-World Treatment of Incident Diffuse Large B-cell Lymphoma (DLBCL): A German Claims Data Analysis. *Oncol Ther* 2024; 12:293-309. <https://doi.org/10.1007/s40487-024-00265-8>.
10. Silkenstedt E, Salles G, Campo E, Dreyling M. B-cell non-Hodgkin lymphomas. *Lancet.* 2024; 403(10438):1791-1807. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02705-8.
11. Padala SA, Kallam A. Diffuse Large B-Cell Lymphoma. [Updated 2023 Apr 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557796/>.

12. Bryce C. Persistent Night Sweats: Diagnostic Evaluation. *Am Fam Physician*. 2020 Oct 1;102(7):427-433. PMID: 32996756.
13. Alduaij W, Collinge B, Ben-Neriah S, Jiang A, Hilton LK, Boyle M, Meissner B, Chong L, Miyata-Takata T, Slack GW, Farinha P, Craig JW, Lytle A, Savage KJ, Villa D, Gerrie AS, Freeman CL, Gascoyne RD, Connors JM, Morin RD, Sehn LH, Mungall AJ, Steidl C, Scott DW. Molecular determinants of clinical outcomes in a real-world diffuse large B-cell lymphoma population. *Blood*. 2023; 141(20):2493-2507. doi: 10.1182/blood.2022018248. PMID: 36302166.
14. Almasmoum HA. Molecular complexity of diffuse large B-cell lymphoma: a molecular perspective and therapeutic implications. *J Appl Genet*. 2024; 65(1):57-72. doi: 10.1007/s13353-023-00804-5.
15. Vic S, Lemoine J, Armand P, Lemonnier F, Houot R. Transplant-ineligible but chimeric antigen receptor T-cells eligible: a real and relevant population. *Eur J Cancer*. 2022; 175:246-253. doi: 10.1016/j.ejca.2022.08.019.
16. Duffles G, De Souza C. Transplante em Linfoma Difuso de Grandes Células B. *BJT [Internet]*. 2022; 25 (2): e0422. doi.org/10.53855/bjt.v25i2.445_en.