

Linfoma Não-Hodgkin da Mama: Um Relato de Caso Incomum

Andreia Mandim ^{1,*}, Maria Eduarda Couto ², Raquel Oliveira ¹, Raquel Santos ¹

¹ Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Portugal.

² Unidade de Hematologia, Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Portugal.

* Correspondência: andreiamandim@hotmail.com.

Resumo: O linfoma primário da mama é uma condição rara, representando menos de 0,5% de todos os cânceres de mama. Tipicamente, apresenta-se como uma massa solitária em mulheres com idade entre 50 e 60 anos, com características clínicas e de imagem que mimetizam o carcinoma de mama. Apresentamos o caso de uma mulher de 60 anos com nódulo na mama direita, diagnosticado como linfoma de zona marginal (LZM) por histologia. A paciente foi tratada com imunoquimioterapia R-CHOP seguida de radioterapia, alcançando remissão completa, com acompanhamento sustentado de 24 meses. Este caso destaca a importância do diagnóstico histológico precoce, o papel ocasional da cirurgia no diagnóstico e as controvérsias em torno das estratégias de tratamento do LZM da mama.

Palavras-chave: Linfoma não-Hodgkin; Mama; Zona marginal; Imunoquimioterapia; Diagnóstico diferencial.

Citação: Mandim A, Couto ME, Oliveira R, Santos R. Linfoma Não-Hodgkin da Mama: Um Relato de Caso Incomum. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr116.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr116>

Recebido: 7 Agosto 2025

Aceito: 1 Setembro 2025

Publicado: 29 Setembro 2025



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

1. Introdução

O linfoma primário da mama (LPM) é um tipo raro de neoplasia mamária, identificado pela primeira vez em 1959 por Dobrotina, representando menos de 0,5% de todos os cânceres de mama. A maior parte das informações sobre LPM provém de pequenas séries de casos ou relatos individuais. A maioria dos casos corresponde a linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), enquanto o linfoma de zona marginal (LZM) é menos frequente, mas clinicamente relevante. Relatos recentes têm destacado os desafios diagnósticos e a heterogeneidade nas abordagens terapêuticas, particularmente em relação ao papel da radioterapia isolada versus a quimio imunoterapia combinada [1-3].

2. Relato de Caso

Uma mulher de 60 anos, com histórico de diabetes, hipertensão e depressão, apresentou uma massa na mama direita. A mamografia revelou um nódulo hipoeoico de 15,4 x 10 mm. A biópsia por agulha grossa guiada por ultrassom revelou uma lesão linfoide de subtipo indefinido. Como o material era insuficiente para uma subclassificação precisa, foi realizada uma lumpectomia excisional para fins diagnósticos. A histologia mostrou infiltrado linfoide polimórfico com linfócitos intermediários a grandes, atípicos, e células semelhantes às de Reed-Sternberg, suscitando suspeita de granulomatose linfomatosa ou linfoma de Hodgkin. No entanto, a imuno-histoquímica revelou positividade para CD20, com negatividade para CD10, CD30, BCL6, Cyclin D1, MUM1 e EBER, excluindo linfoma de Hodgkin e doenças associadas ao EBV, e sustentando o diagnóstico final de linfoma de zona marginal (LZM).

A paciente relatou perda de peso, mas nenhum outro sintoma. B. Exames laboratoriais mostraram anemia leve, com LDH normal. A biópsia de medula óssea e a tomografia para estadiamento revelaram doença localizada (estágio I, Ann Arbor). Após discussão multidisciplinar, ela recebeu quimioimuno-terapia R-CHOP (Rituximabe, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina, Prednisona) por 4 ciclos em vez de 6, devido a complicações neutropênicas relacionadas ao tratamento e ao protocolo institucional para histologia indolente. Foi administrada radioterapia de consolidação (20 Gy em 6 sessões). A paciente alcançou remissão completa, mantida em acompanhamento de 24 meses.

3. Discussão

Este caso ilustra os desafios diagnósticos e terapêuticos do linfoma de zona marginal (LZM) primário da mama. A biópsia por agulha grossa pode não fornecer arquitetura suficiente para a classificação do subtipo, como ocorreu neste caso, sendo necessária a biópsia excisional. Embora a cirurgia não tenha papel no tratamento, ela pode ser ocasionalmente necessária para esclarecimento diagnóstico. A presença de células semelhantes às de Reed-Sternberg levantou diagnósticos diferenciais (linfoma de Hodgkin, granulomatose linfomatóide), mas o perfil imuno-histoquímico apoiou o diagnóstico de LZM. Isso destaca a importância de uma imunofenotipagem completa para evitar erros diagnósticos.

Do ponto de vista terapêutico, o LZM localizado é indolente, e a radioterapia isolada é frequentemente considerada curativa. No entanto, neste caso, foi escolhido o tratamento sistêmico devido às características histopatológicas atípicas e à incerteza diagnóstica na apresentação inicial. O esquema R-CHOP, embora mais comumente utilizado para linfomas agressivos, foi administrado em quatro ciclos devido às comorbidades da paciente, à prática institucional e à toxicidade do tratamento. A radioterapia de consolidação foi adicionada, em linha com algumas estratégias relatadas. Essa abordagem alcançou remissão duradoura, consistente com os resultados descritos na literatura recente para LZM da mama [2, 4, 5].

A profilaxia do sistema nervoso central (SNC) não é indicada para linfomas indolentes localizados e não foi considerada neste caso. Discussões extensas sobre profilaxia do SNC, mais relevantes para LDGCB, foram evitadas para manter o foco no LZM. A literatura recente (2020–2023) reforça a heterogeneidade das abordagens terapêuticas em LZM extranodal, com a radioterapia sendo padrão para doença localizada e a terapia sistêmica reservada para situações selecionadas [3–5]. O acompanhamento a longo prazo é essencial devido ao risco de recidivas ou transformação histológica.

4. Conclusões

O linfoma de zona marginal (LZM) primário da mama é uma doença rara que pode mimetizar clinicamente e radiologicamente o carcinoma de mama. O diagnóstico requer biópsia histológica com imunofenotipagem, sendo a biópsia excisional necessária quando as amostras por agulha grossa são inconclusivas. As estratégias de tratamento permanecem controversas; a radioterapia isolada é frequentemente suficiente, mas a quimioimunoterapia combinada pode ser considerada em casos selecionados. Este caso ressalta a necessidade de manejo individualizado e destaca a importância do acompanhamento a longo prazo, devido ao risco de recidiva ou transformação histológica.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que o paciente aprovou o estudo ao assinar um termo de consentimento informado, e que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinki.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Liu Y, Wang J, Li X, et al. Primary breast marginal zone lymphoma: population-based analysis of incidence, treatment, and survival outcomes. *Front Oncol.* 2020;10:609512. doi:10.3389/fonc.2020.609512.
2. Deantonio L, Mazzola R, Trovò M, et al. Radiation therapy of extranodal marginal zone lymphomas. *Ann Lymphoma.* 2020;4:11. doi:10.21037/aol-20-37.
3. James S, Patel R, Thompson J, et al. Primary breast marginal zone lymphoma: a rare indolent entity with diagnostic and therapeutic challenges. *JPRAS Open.* 2022;33:16–20. doi:10.1016/j.jpra.2022.02.007.
4. Walewska R, Smith A, Brown K, et al. British Society for Haematology guidelines for the diagnosis and management of marginal zone lymphomas. *Br J Haematol.* 2024;205(1):45–63. doi:10.1111/bjh.19064.
5. National Cancer Institute. PDQ® Adult Treatment Editorial Board. Indolent B-cell non-Hodgkin lymphoma treatment (PDQ®): health professional version. Updated 2025. Available from: <https://www.cancer.gov/types/lymphoma/hp/indolent-b-cell-lymphoma-treatment-pdq>.