

LINFOMA DE BURKITT, CHRONOS & KAIROS

JP Portich, AS Ribeiro, TB Soares, ET Calvache, LLA Silva, TY Barbeta, RS Ferrelli, XH Condori, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Masculino, 86 anos, hipertensão arterial sistêmica e adenocarcinoma de próstata, realizou prostatectomia radical com resposta completa. Sintomas de constipação e emagrecimento de 10%. Apresentou episódio de hemorragia digestiva alta, procurou o departamento de emergência e realizou endoscopia digestiva alta, com presença de oito lesões ulceradas nas regiões do corpo e antro gástrico. Recebeu alta com inibidor da bomba de prótons com doses otimizadas e plano de análise ambulatorial. O anatomopatológico revelou neoplasia maligna pouco diferenciada, infiltrativa em mucosa gástrica. A imuno-histoquímica: LCA+, Ki67% 95%, CD10+ CD20+, C-MYC, MUM-1 negativo, CD5 negativo, Ciclina negativa, EBV negativo, BCL6+, BCL2 negativo, compatível com linfoma de alto grau tipo Linfoma de Burkitt. Foi solicitada revisão da peça confirmando o diagnóstico. Realizou biópsia de medula óssea negativa para neoplasia, porém com amostragem reduzida para análise. PET-CT com aumento do metabolismo glicolítico em linfonodos supra e infra diafragmáticos, além de imagens fusiformes subpleurais e áreas de espessamento das paredes gástricas, com SUV máximo de 24,9. Realizado diagnóstico de Linfoma de Burkitt esporádico EC IV, com envolvimento extranodal gástrico e subpleural. Sorologias negativas. Nos exames laboratoriais, plaquetopenia (112.000), demais séries sem alterações, função hepática dentro da normalidade, insuficiência renal crônica (TFG de 35). Ecocardiograma com fração de ejeção preservada, porém estenose aórtica grave. Performance status: ECOG 0. Submetido a 2 ciclos de R-Mini-CHOP, com doses ajustadas: ciclofosfamida 400 mg/m², doxorubicina 25 mg, vincristina 1 mg e prednisona 40 mg/m², além de rituximab 375 mg/m². Estimulador de colônia de granulócitos foi utilizado em todos os ciclos. Apresentou constipação e prurido após C1, com resposta às medidas. Excelente tolerância ao C2. Doses foram ajustadas para: doxorubicina 25 mg/m² e vincristina 1,8 mg. Realizou PET-CT ínterim após o C3 com Lugano 1. Completou 6 ciclos de R-Mini-CHOP, repetindo PET-CT com resposta completa, Lugano 1. TFG após fim do tratamento de 55. Paciente já em follow-up há 5 meses, sem evidência de recidiva da doença, sem perda de performance associada ao tratamento. O Linfoma de Burkitt é uma neoplasia de células B altamente agressiva, com uma incidência de cerca de 2% em adultos. Os dados de tratamento em pacientes acima de 60 anos são limitados, visto que esses não são incluídos em ensaios clínicos. Assim, as experiências são muito baseadas na abordagem particular das equipes. Sabe-se que poucos pacientes acima de 60 anos toleram quimioterapias intensivas como HyperCVAD. A adição do rituximab parece melhorar a resposta ao tratamento. No caso do paciente em questão, com idade elevada (acima de 80 anos), insuficiência renal crônica (TFG menor que 40), porém com performance status excelente, foi optado por realização de quimioterapia ambulatorial. O paciente apresentou uma surpreendente resposta



completa e ótima tolerância ao tratamento, sem comprometimento da qualidade de vida. As doses foram ajustadas conforme a tolerância em cada ciclo. O tempo calculado, cronológico (Chronos), não deve ser visto isoladamente como fator de exclusão para oferecer tratamento aos pacientes. Muitas vezes, o tempo não pode ser medido, é não linear (Kairós), e pertencente a cada pessoa de forma individualizada. Cabe ao médico reconhecer cada perfil, e realizar uma medicina personalizada, baseada na particularidade de cada paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.138>

LINFOMA DE CÉLULAS T PÓS TRATAMENTO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: ASSOCIAÇÃO DE DOENÇAS OU SEGUNDA NEOPLASIA?

G Augusto^a, IL Arce^b, P Vicari^b, MMR Haikel^b, JDP Paes^b, JFM Farah^a, MSF Franco^c

^a Serviço de Cirurgia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

^b Serviço de Hematologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

^c Serviço de Patologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O diagnóstico de linfomas compostos, síncronos é infrequente, já a associação de linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB) variante anaplásico e linfoma periférico de células T (LPCT) extra nodal é rara. **Objetivos:** Relatar caso de paciente com diagnóstico de LPCT após tratamento recente de LNHDGCB variante anaplásico. **Relato:** Mulher de 51 anos diabética, relata perda de 19 kg em 4 meses, inapetência, nódulos em região inguinal direita e febre esporádica há um mês. Biópsia de gânglio evidenciou LNHDGC variante anaplásico (MUM-1, LCA, CD 79A, CD30, CD20 positivos e KI-67 70%). As tomografias de estadiamento demonstraram linfonodomegalia em região cervical, mediastinal, axilares, retroperitoneais periaórticas e ilíacas, medula óssea sem infiltração. Recebeu 6 ciclos de R-CHOP com PET CT negativo 2 meses pós término de tratamento. Após um ano apresenta tumoração em região medial de coxa direita com cerca de 12cm, ulcerada e bordos endurecidos, sem melhora com antibioticoterapia. Biópsia da lesão revelou LPCT (MUM-1, CD3, CD8, CD7, CD4, CD2 e KI-67 60%). Estadiamento IE realizando radioterapia com sinais de regressão da lesão. **Discussão:** O desenvolvimento sequencial de linfomas de linhagem diferentes é raro. Documentamos o LPCT extra nodal cutâneo localmente invasivo, doze meses após término do tratamento. Os casos descritos foram relacionados a transplante de medula óssea, tratamento de LH ou de LLA na infância após quimioterapia e/ou radioterapia. Vários

