

e infradiafragmática, bem como infiltração óssea. Caracteriza-se, assim, estadio IVb. Paciente seguiu protocolo quimioterápico CHOEP de 6 ciclos e encaminhado para transplante de medula óssea em remissão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.156>

LYMPHOMA IN THE BASE OF THE TONGUE: A CASE REPORT IN AMAZON

KOR Borges^a, GMRE Almeida^b, BVRE Almeida^b, MJS Rocha^c, GTO Silva^c, FSC Umbelino^c, ERF Silva^c, AM Vaz^c, CLMD Gonçalves^c, P Pezente^a

^a Oncológica Tapajós, Santarém, PA, Brazil

^b IMEPAC Centro Universitário, Araguaia, MG, Brazil

^c Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brazil

Lymphoma is the third most common malignant neoplasm in the world and accounts for 3 to 5% of malignant tumors. Lymphomas are B or T lymphocytic cell neoplasms that can be classified as Hodgkin's Lymphoma (LH) and Non-Hodgkin's Lymphoma. In Brazil, it is estimated that 10,000 new cases of NHL and 2,500 of HL are present each year, with a higher prevalence in men for both types. Lymph node location is very characteristic of LH, being rare outside this location. Meanwhile, extranodal is common in NHL, occurring in up to 30% of cases. The most common extranodal sites are the gastrointestinal tract, skin, subcutaneous tissue, and oral cavity. In the mouth, lymphomas may originate from the Waldeyer's ring lymph node or may be non-lymph node tissue, and tongue involvement is very rare, accounting for only 2% of lymphomas in the oral cavity. The NHL clinic is diverse, with general symptoms such as tiredness, weight loss, itching, night sweats, fever, in addition to bone pain and respiratory symptoms. On physical examination, the presence of painless adenomegaly in the neck, supraclavicular and axillary chains, and nodal or extranodal mass formation are observed. The study was carried out based on the medical records of a 38-year-old male patient, brown, rural worker, complaining of "fangs" or "spots" on the left pharyngeal wall in April 2017, five months before the diagnosis, that the patient associated with the presence of a fishbone, followed by progressively growing pre-auricular adenomegaly. Biopsy and IHC confirm high-grade non-Hodgkin's B-cell lymphoma. Computed tomography of the face and neck showed an irregularly defined expansive process with heterogeneous enhancement in the contrasting phase, located at the base of the tongue on the left, without cleavage planes with the pharyngeal mucosa and extending to the vallecula on the left, and also the presence of a lymph node increased in the left jugulo-carotid chain, level IIA, in close contact, but maintaining a cleavage plane with the left parotid gland. The patient was then treated with a chemotherapy regimen of 6 cycles of Rituximab, Cyclophosphamide, Vincristine and Doxorubicin (R-CHOP) every 21 days. At the end of this therapeutic phase, radiotherapy was started with a total dose of 40 GY in 20



fractions. Once this stage was reached, a new clinical evaluation revealed regression of the lesions, maintaining only the loss of taste. Radiologically, there was only an irregular lesion with a probable scarring character on the left side of the base of the tongue. Therefore, the treatment was carried out with outpatient follow-up for observation and control. It is concluded that there are still many difficulties in identifying and addressing not only lymphoma of the tongue, but also malignant and malignant lesions of the tongue in general. In the specific case of the lesion addressed in this study, it is observed that the lack of a database on the disease makes it difficult to establish a specific line of treatment. Despite this, the lines of treatment addressed in the cases reported, including this one, which includes cycles of chemotherapy followed by radiotherapy, have been shown to be effective as initial therapy in patients with this diagnosis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.157>

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM APRESENTANDO-SE COMO LEUCEMIA DE CÉLULAS PLASMOCITÁRIAS: RELATO DE CASO

CV Mendonça, KPU Turon

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A macroglobulinemia de Waldenström é uma doença linfoproliferativa indolente caracterizada por produção monoclonal de IgM. A incidência é duas vezes maior em homens do que em mulheres e maior em brancos do que em negros. A medula óssea e os linfonodos são infiltrados por células B em diferentes estágios de maturação, notadamente pequenos linfócitos, linfoplasmócitos e plasmócitos. Anemia, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia e sintomas de hiperviscosidade são algumas formas frequentes de apresentação da doença. **Caso:** Paciente de 34 anos, negro com queixa de gengivorragia, fadiga, turvação visual, cefaléia e perda ponderal de 10 kg em um período de dois meses. Negava febre ou sudorese noturna. Ao exame físico, apresentava mucosas hipocoradas, discreta hiperplasia gengival, esplenomegalia (cerca de 8 cm do rebordo costal esquerdo) e linfonodomegalia inguinal bilateral. O laboratório de admissão apontava Hb 6,8 g/dL, Ht 22,5%, Leucócitos totais de 32.400/mm³ às custas de linfócitos e plaquetas 60.000/mm³, proteína total de 11,9 g/dL, albumina 2,6 g/dL, LDH 388 U/L, uréia de 38 mg/dL e creatinina de 1,2 mg/dL, hepatograma e eletrólitos normais. Dosagem de imunoglobulina IgM6120 mg/dL. A sorologia foi positiva para HBV. No esfregaço de sangue periférico, foi observado anisocitose, presença de rouleaux, leucocitose às custas de células com citoplasma abundante, cromatina intermediária, algumas com nucléolos evidentes e ausência de grânulos; trombocitopenia. A imunofenotipagem por citometria de fluxo do sangue periférico evidenciou 69% de linfócitos B anômalos em 31 700 células/mm³ analisadas. Essas células apresentavam expressão forte de CD19, CD20, CD79-B e CD 45; moderada de CD 22, CD 23, IgM e kappa; fraca de CD25 e CD11-C. A conclusão foi de doença linfoproliferativa B clonal para kappa. O exame histopatológico mostrou



medula óssea infiltrada por linfoma de pequenas células com padrão intersticial e nodular com expressão de CD20 e IgM, compatível com linfoma linfoplasmocítico. O paciente iniciou tratamento com ciclofosfamida e dexametasona, no entanto, após sete ciclos, mantinha sintomas relacionados à anemia e turvação visual. A dosagem de IgM ainda era elevada, 5,95 g/dL. O esquema inicial foi mudado para rituximab e bortezomib, entretanto, não houve adesão adequada. **Discussão:** O paciente do caso recebeu o diagnóstico de macroglobulinemia de Waldenstrom em faixa etária mais jovem do que a mediana de 63 anos em pacientes negros. Os sintomas de apresentação da doença estavam associados, principalmente, à anemia e à hiperviscosidade; além de linfonodomegalia e esplenomegalia. Essas alterações associadas ao pico monoclonal de IgM sugerem o diagnóstico de linfoma linfoplasmocítico. A presença de leucocitose a expensas de linfoplasmócitos circulantes é uma apresentação rara da doença com poucos casos descritos na literatura médica e pode levantar a suspeita de leucemia de células plasmocitárias. A imunofenotipagem mostrando a presença de linfocitose com marcadores panB e o histopatológico com morfologia típica possibilitaram o diagnóstico diferencial correto. Os principais diagnósticos diferenciais no caso são o mieloma múltiplo IgM e a leucemia de células plasmocitárias. O mieloma múltiplo secretor de IgM é uma entidade rara e diferencia-se da MV em sua apresentação clínica – hipercalcemia, insuficiência renal aguda, lesões ósseas líticas; também é infrequente a presença de visceromegalias e sintomas B.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.158>

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM: RELATO DE CASO

IR Daloy^a, MA Souza^a, AB Almeida^a,
CH Tavares^a, RS Souza^a, VEG Silva^a,
KA Rabelo^a, TSN Machado^b

^a Universidade Vale do Rio Doce (Univale),
Governador Valadares, MG, Brasil

^b Hospital Municipal de Governador Valadares
(HMGV), Governador Valadares, MG, Brasil

Introdução: A Macroglobulinemia de Waldenstrom (MW) é uma neoplasia hematológica rara das células B caracterizada por gamopatia monoclonal IgM no sangue periférico e linfoma linfoplasmocítico na medula óssea, sendo uma enfermidade predominantemente encontrada em pacientes do sexo masculino com média de idade ao diagnóstico de 70 anos. Essa patologia geralmente manifesta-se com fadiga, perda ponderal, gengivorragia e epistaxe recorrente, além de apresentar relatos de infecções recorrentes, sendo resultado da redução de outras imunoglobulinas. **Relato de caso:** Paciente A.D.P., sexo masculino, 65 anos de idade, compareceu ao Núcleo de Especialistas em Oncologia (NEO) para atendimento hematológico, com perda ponderal de 9 kg em 3 meses, astenia, prostração e pancitopenia. Ademais, portava consigo diagnóstico de doença linfoproliferativa crônica de células B, de acordo com exames prévios. Nos exames laboratoriais

apresentou quadro de anemia com hemoglobina em torno de 8 g/dL, plaquetopenia em torno de 70.000/mm³, e no mielograma o resultado de medula infiltrada com 92% de linfócitos pleomórficos, citoplasma escasso e projeções citoplasmáticas. Já na tomografia computadorizada (TC) de pescoço havia presença de pequenos linfonodos nas cadeias jugulares média e inferior bilateral e na TC de abdome apresentava esplenomegalia. Diante dos resultados apresentados, foi solicitado imuno-histoquímica da biópsia de medula e exames laboratoriais, que confirmou o diagnóstico de MW. A conduta baseou-se na prescrição de Rituximabe, Ciclofosfamida e Prednisona (CHOP) para o tratamento do paciente, que após a realização do 1º ciclo de R-CHOP (quimioterapia) apresentou quadro de neutropenia, sendo prescrito, então, Filgrastim em 3 doses (1 dose/dia). Assim, foram realizados 8 ciclos de R-CHOP, finalizando o tratamento quimioterápico recomendado. **Discussão:** Pacientes assintomáticos (macroglobulinemia de Waldenström smoldering, assintomática ou indolente) não devem receber qualquer tratamento até o surgimento dos sintomas, devido ao bom prognóstico com conduta expectante e às possíveis complicações da terapia, no entanto, o paciente apresentava sintomas clínicos indicativos do tratamento. Contudo, não há uma terapia padrão para a doença sintomática, e nenhuma opção é curativa, além disso, a escolha terapêutica varia de acordo com a idade e as comorbidades do paciente, a gravidade dos sintomas e a possibilidade de transplante autólogo de células-tronco hematopoieticas, bem como a preferência e o performance status do indivíduo, tendo como objetivo o controle sintomático e a prevenção de lesão de órgão-alvo. **Conclusão:** O relato de caso visa apresentar um paciente com quadro de MW, neoplasia rara, sendo de extrema importância o conhecimento dos aspectos clínicos típicos dessa patologia para realização do diagnóstico e início do tratamento necessário, garantindo uma melhor qualidade de vida para o paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.159>

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM: UM RELATO DE CASO

GO Lopes^a, EA Nunes^a, GM Silveira^a,
G Troncoso^a, IO Scheer^a, JO Inácio^a,
LF Gonçalves^a, MVFD Amaral^a, NV Del-Fiacco^a,
GMB Araújo^b

^a Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM),
Patos de Minas, MG, Brasil

^b Hospital Nossa Senhora de Fátima (HNSF), Patos
de Minas, MG, Brasil

A Macroglobulinemia de Waldenstrom (MW) é um linfoma linfoplasmocítico, ou seja, tem características tanto de mieloma múltiplo quanto de linfoma não Hodgkin. Começa, principalmente, nos linfócitos B que ao sofrerem mutação aumentam a produção da proteína macroglobulina (IgM). Essas células malignas invadem a medula óssea e locais extramedulares o que gera os sintomas associados a doença. Trata-se de uma neoplasia muito rara, segundo Ansell (2010), a incidência é de 5 casos por 1 milhão de pessoas por ano e

