

Conclusions: These results suggest that R² should be considered as a therapeutic option for advanced-age pts with R/R FL and MZL.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.179>

SÉRIE DE CASOS DE PACIENTES COM NEOPLASIA PLASMABLÁSTICA: DIAGNÓSTICO RARO, AGRESSIVO E DESAFIADOR

LFS Dias, MN Kerbauy, DCOS Lopes,
NF Centurião, CLM Pereira, CP Marques,
ACV Lima, LN Costa, JZMD Nascimento,
N Hamerschlak

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo,
SP, Brasil

Introdução: Neoplasias plasmablásticas (NPB) são doenças raras e desafiadoras, tanto pela dificuldade diagnóstica quanto pela escassez de recursos terapêuticos eficazes. Dentre os principais diagnósticos diferenciais estão mieloma plasmablástico, plasmocitoma plasmablástico e linfoma plasmablástico (LPB), com grande sobreposição de características morfológicas e imuno-histoquímicas entre estas entidades. **Objetivo:** Descrever diagnóstico desafiador de 6 pacientes com NPB a as estratégias terapêuticas utilizadas. **Descrição dos casos:** Dos 6 pacientes, 3 foram diagnosticados com LPB, 2 com mieloma PB e 1 com plasmocitoma PB. Apenas um dos casos ocorreu em pessoa mais jovem, de 45 anos, os demais tinham acima de 72 anos, o que é compatível com os dados de literatura, uma vez que NPB estão relacionadas com imunossupressão ou com imunosenescência. Nenhum paciente tinha sorologia para HIV positiva. A diferenciação de LPB pode ser decorrente de um linfoma transformado, como foi o caso de um dos pacientes do sexo masculino de 74 anos que tinha diagnóstico prévio de leucemia linfocítica crônica. Foi iniciado tratamento com R miniCHOP (Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona) e Ibrutinib, porém ele morreu 13 dias após por sepse. Nos outros dois pacientes, o linfoma já era PB desde o início. Um dos pacientes era homem de 76 anos com obstrução nasal, sendo tratado com V-DA-EPOCH (Bortezomib, Etoposídeo, Prednisona, Vincristina, Ciclofosfamida, Doxorubicina) por 6 ciclos, associado a 4 quimioterapias intratecais (QT IT), com remissão de doença. A outra paciente com LPB era mulher, de 79 anos, que se apresentou com linfonodomegalia inguinal e perda ponderal. Realizou 2 ciclos de V-CHOP e QT IT, porém PET interim veio Deauville 5, sendo optado por trocar tratamento para Bortezomib, Daratumumab e Dexametasona. Uma das pacientes com mieloma PB, com mais de 95% de plasmócitos na medula óssea, teve quadro clínico inicial de linfonodomegalias em tórax associada à dispnéia e sudorese noturna, apresentação que seria mais esperada para linfoma. Esta paciente recebeu V – Da – EPOCH. Também tivemos o cenário de idosa de 75 com massa em retroperitônio, que não fechava critérios para LPB nem para mieloma PB, cujo diagnóstico final foi plasmocitoma PB. Iniciado tratamento com radioterapia e prednisona na dose de 1 mg/kg, sem resposta, seguido de esquema com Bortezomib, Ciclofosmida e Dexametasona, ao qual também houve refratariedade. Trocado



para Daratumumab, Bortezomib, Melfalano, Prednisona (Dara-VMP) associado a talidomida, sendo suspenso após 3 ciclos novamente por falta de resposta. Diferenciar linfoma de mieloma PB pode ser desafiador. Os LPB geralmente causam linfonodomegalias, tem relação com infecção por Epstein Bar e na imunohistoquímica expressam MUM1. **Conclusão:** Nosso atual entendimento acerca de NPB baseia-se em relatos de caso. Descrevemos aqui desafios diagnósticos e terapêuticos em pacientes com neoplasias raras e agressivas. Como esses tumores expressam CD38 e CD138, optamos por associar drogas comumente utilizadas para mieloma, como Bortezomib e Daratumumab. Maior aprofundamento no estudo e pesquisa desta patologia é necessário e, consequentemente desenvolvimento de novas linhas de tratamento que proporcionem melhores desfechos. **Palavras-chave:** Plasmocitoma; Linfoma Plasmablástico; Mieloma Plasmablástico; Tratamento; Prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.180>

TRANSFORMED MYCOSIS FUNGOIDES RELAPSED AT CENTRAL NERVOUS SYSTEM AFTER ALLOGENEIC BONE MARROW TRANSPLANT

PVH Santanna^a, AC Cortez^b, AD Costa^b,
APR Correa^b, CR Ferreira^b, FD Costa^b,
TB Silveira^b, T Fischer^b

^a Albert Einstein College of Medicine

^b AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil

Introduction: Transformed Mycosis Fungoides (MF) is a rare disease associated with an aggressive clinical course and shortened survival. Central nervous system (CNS) involvement has been sporadically described, with frequency between 1.3% and 11% and often diagnosed on postmortem setting. Given the rarity of CNS occurrence, we present a unique case of transformed MF with CNS relapse after Allogeneic Bone Marrow Transplantation (Allo-BMT). **Case report:** We report a case of a 54 years-old male patient that was diagnosed with Mycosis Fungoides in 2016 and treated with systemic corticosteroids and PUVA until 2018 with slight improvement. In 2019, the lesions got worse and adenomegalies appeared. At that moment he was referred to our service. A biopsy of the inguinal lymph node was performed and diagnosis of Transformed Mycosis Fungoides was made with staging compatible with T4N3M0B0, and clinical stage IV A. At that time the patient didn't presented abnormal cell population in immunophenotyping of peripheral blood. He started methotrexate in weekly doses and presented a partial response after that. Treatment with brentuximab Vedotin (BV) followed by Allo-BMT was proposed. After 16 cycles of BV he presented a complete response at Positron Emission Tomography and Computed Tomography (PET-CT) and underwent haploidentical Allo-BMT with reduced intensity conditioning regimen (FLUMEL) and TBI. After Allo-BMT, he maintained complete response at PET-CT. After 14 months of Allo-BMT, the patient was readmitted to the service due to symptoms of headache, vomiting and right hemianopsia. Skull magnetic resonance imaging showed an expansive and

