

<sup>aj</sup> Clínica Médica Frad, Santo André, SP, Brasil

<sup>ak</sup> Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH), Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>al</sup> Clínica São Germano, São Paulo, SP, Brasil

<sup>am</sup> Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

<sup>an</sup> Universidade de Modena e Reggio Emilia, Modena, Itália

A literatura é escassa no que diz respeito aos aspectos clínicos e epidemiológicos dos linfomas periféricos de células T, principalmente no Brasil. Ademais, o país é altamente heterogêneo em termos de clima, geografia e meio ambiente, inclusive com grande diversidade genômica. As diferentes regiões têm particularidades únicas em aspectos culturais, escolaridade, longevidade e renda per capita. Sem falar das grandes disparidades no atendimento à saúde que afetam a epidemiologia das doenças, refletindo no diagnóstico, tratamento e resultados do paciente. Enfim, por estas e outras razões elaboramos o Projeto T-cell Brasil. Com os objetivos de entender a distribuição no país e as especificidades desta doença, suas características clínicas e biológicas; e avaliar a sobrevida global (SG) e livre de progressão (SLP). Após a aprovação do Comitê de ética, 39 centros tem registrado seus casos usando a Plataforma REDcap (criada pela Vanderbilt). Análises descritivas e bivariadas foram feitas, e então aplicou-se o método Kaplan-Meier com o teste log-rank para obter as estimativas das sobrevidas, usando IBM-SPSS software v.24. A mediana de idade foi de 55 anos (19-95); 56% masculino; 77% apresentou sintomas prévios, 72% estádios avançados; 28% ECOG  $\geq$  2; a distribuição dos principais subtipos foi: 31% PTCL-NOS; 18% ALCL, ALK-; 16% ATL; 13% ENKTL nasal e tipo nasal; 11% AITL; 7% ALCL, ALK+; 6% outros; 50% dos pacientes estavam vivos e a SLP e SG em 24 meses foi de 36% e 50%, respectivamente. SG estratificada pelos principais subtipos foi de: 48% PTCL-NOS; 61% ALCL, ALK-; 33% ATL; 46% ENKTL nasal/tipo nasal; 48% AITL; 80% ALCL, ALK+. Esta é a primeira experiência abrangendo todo o país, contemplando também um plano educacional e a troca de experiências entre as equipes multidisciplinares de saúde no Brasil. Nosso alvo de 500 casos já foi excedido, entretanto, a inserção de casos continuará até Dezembro como planejado. Todos os casos devem ser revisados tanto no registro quanto pelo Comitê de Patologia, e estimamos que alguns casos deverão ser excluídos por diferentes razões e estes casos excedentes auxiliarão nas análises futuras.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.153>

#### LINFOMA T/NK EXTRANODAL TIPO NASAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

KMM Ribeiro, MFCB Valente, GTC Mayrink

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

**Introdução:** O linfoma T/NK extranodal tipo nasal (LTNK) faz parte do grupo dos linfomas de células T periféricas,

que geralmente são neoplasias agressivas e constituem menos de 15% de todos os linfomas não-Hodgkin do adulto. O LTNK é uma doença rara, com idade média de apresentação aos 52 anos e mais predominante em homens. Sua patogênese está relacionada com a infecção das células tumorais pelo vírus Epstein-Barr (EBV) e super-expressão de p53. **Caso clínico:** Paciente do sexo feminino, 73 anos de idade, previamente hipertensa, com relato de perda de peso acentuada, sem febre relatada. Apresentou em julho/2020 episódio isolado de saída de secreção sanguinopurulenta pela narina esquerda, que se resolveu após lavagem nasal. Em junho/2021 paciente apresentou sangramento vermelho vivo em grande quantidade pela narina direita, com melhora temporária após compressão local, tendo apresentado diversos episódios semelhantes ao longo do mês. Procurou atendimento com otorrinolaringologista, onde não foi visto lesão aparente em cavidade nasal e foi solicitado tomografia computadorizada (TC) de seios da face. O exame de imagem trouxe a hipótese diagnóstica de sinusite fúngica crônica, sendo prescrito tratamento para tal. Após 30 dias, realizou nova TC de seios da face, em que não houve melhora radiológica. Foi então submetida à etmoidectomia intranasal + sinusectomia. Em material enviado para biópsia foi visto extenso comprometimento de mucosa por infiltrado linfóide denso e áreas extensas de necrose. A imunohistoquímica mostrou positividade para CD3, CD5, TIA-1, Ki67 (75%), CD56 e transcrito EBER-I do EBV. CD20 negativo. Os achados são consistentes com LTNK. Tomografias de estadiamento sem outro envolvimento extranodal e linfonodal. Foi encaminhada para tratamento com radioterapia local. **Discussão:** A maioria dos pacientes apresenta doença localizada, resultando em sintomas de obstrução nasal, epistaxe e/ou massa destrutiva envolvendo nariz, seios da face ou palato. Apenas 35% dos pacientes apresentam sintomas B e somente 10% apresentam envolvimento de medula óssea. Os tecidos envolvidos geralmente apresentam extensa ulceração, um infiltrado linfomatoso difuso e permeativo e pode haver necrose coagulativa tanto nas células tumorais quanto no tecido normal. O imunofenótipo do LTNK é semelhante à uma célula natural killer, expressam CD2, CD56 e CD3 citoplasmático. A maioria expressa proteínas granulares citotóxicas, como granzima B e TIA-1. Os genomas clonais do EBV estão virtualmente sempre presentes. Devido à natureza agressiva desses tumores, a avaliação dos casos suspeitos deve ser realizada com urgência. Para o manejo do LTNK devemos estadiar o paciente e avaliar a performance status (ECOG). Paciente com doença localizada e clinicamente apto é preferível a realização de quimioterapia e radioterapia. Em pacientes com ECOG alto pode ser feita radioterapia isolada. Na doença avançada é sempre indicado quimioterapia, os esquemas intensivos com asparaginase são reservados aos pacientes clinicamente aptos. **Conclusão:** O prognóstico do LTNK está amplamente relacionado à localização e estágio da doença no momento do diagnóstico. A radioterapia local é um tratamento importante para pacientes com tumor nasal localizado e teve um papel essencial na melhora da sobrevida global e sobrevida livre de doença. Com base nas evidências científicas, foi a modalidade

terapêutica escolhida para a paciente do caso clínico devido à idade e comorbidades.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.154>

## LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO NO PACIENTE MUITO IDOSO: RELATO DE CASO

DC Stocco<sup>a</sup>, SSC Brito<sup>b</sup>, ML Oliveira<sup>c</sup>,  
VDV Mação<sup>b</sup>, BVSA Bergamini<sup>b</sup>, MDC Correia<sup>c</sup>,  
MA Miranda<sup>c</sup>, AGT Andrade<sup>c</sup>, ACF Santos<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Oncoclínicas Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Vila Velha (UVV), Vila Velha, ES,  
Brasil

<sup>c</sup> Faculdade Brasileira Multivix, Vitória, ES, Brasil

<sup>d</sup> Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil

**Introdução:** O Linfoma de Células do Manto (LCM) representa de 3 a 10% dos linfomas não-Hodgkin e atinge, mais comumente, indivíduos acima de 60 anos. A combinação de quimioterapia e imunoterapia é o principal tratamento. Pacientes jovens com boa performance são elegíveis a quimioterapia mais intensa seguido de transplante autólogo de medula óssea. Aqueles mais idosos realizam variados esquemas terapêuticos de acordo com a tolerância, experiência médica e disponibilidade de recursos. É desafiador selecionar o tratamento para pacientes acima de 80 anos, com poucos dados publicados.

**Objetivo:** Relatar caso clínico de paciente portador de LCM em idade avançada, bem como seu tratamento e a resposta clínica.

**Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 89 anos, iniciou prurido, eritema, aumento da pálpebra superior em olho direito, seguido de prurido em olho esquerdo. Ressonância Magnética de órbitas evidenciou formações expansivas em topografia de glândulas lacrimais, com hipótese de doença linfoproliferativa. Não apresentava sintomas B ou linfonodomegalias no exame físico. Tinha perfil funcional grau 2 na *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG). Exames admissionais demonstraram hemograma normal, lactato desidrogenase e velocidade de hemossedimentação aumentadas, além de função renal e cardíaca normais. O exame anatomopatológico e imunohistoquímico confirmou o diagnóstico de linfoma de células do manto. O estadiamento inicial era IVA, com acometimento da região periorbitária, linfonodos cervicais, mediastinais, perihilares hepáticos, retroperitoneais e aumento de volume com hipercaptação de baço. Foi escolhido o esquema Rituximabe com Clorambucil a cada 28 dias por 6 ciclos. Já ao final do primeiro ciclo de tratamento, houve redução das massas em região ocular. Ao interim, a paciente tinha resposta completa pela tomografia por emissão de pósitrons e estava assintomática. Houve boa tolerância durante todo o tratamento, com poucos eventos adversos. Ao final, paciente permanecia assintomática e com resposta completa. Após 6 meses de acompanhamento, sem evidência de recaída da doença. **Discussão:** Apesar da maioria dos pacientes com LCM ter idade e estadios avançados ao diagnóstico, os estudos e os resultados em pacientes mais idosos são escassos. A avaliação do ECOG, perfil de comorbidades em contrapartida à elevada carga de doença ao diagnóstico foram variáveis decisivas para a escolha

do tratamento neste caso. Estudo anterior mostrou taxas de resposta consideráveis ao combinar a imunoterapia padrão com quimioterapia de baixa intensidade. Esses dados se ancoram no maior benefício da imunoterapia em relação a quimioterapia no linfoma B. A boa resposta terapêutica neste caso demonstrou que nem sempre há correlação entre carga tumoral, estágio clínico, escores de avaliação de risco e a resposta ao tratamento. **Conclusão:** A avaliação geriátrica pode delinear as vulnerabilidades dos pacientes idosos e influenciar a estratégia de tratamento. No entanto, faltam evidências da eficácia desses processos, algumas vezes pouco práticos no cenário oncológico. É possível que uma melhor estratificação de risco com bases em perfis tumorais genéticos traga respostas futuramente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.155>

## META-ANALYSIS DISPLAYED TRANSCRIPTOMIC SIGNATURE OF DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA WITH SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN SUBTYPES

FP Mesquita<sup>a,b,c</sup>, SS Ferreira<sup>d</sup>, EL Silva<sup>c</sup>,  
JKC Ribeiro<sup>a,b</sup>, PEA Aquino<sup>a,b</sup>, ECE Silva<sup>a</sup>,  
DM Brunetta<sup>b</sup>, LMB Carlos<sup>b</sup>, PFN Souza<sup>c</sup>,  
RC Montenegro<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Instituto Pró-Hemo, Fortaleza, CE, Brazil

<sup>b</sup> Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará  
(Hemoce), Fortaleza, CE, Brazil

<sup>c</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza,  
CE, Brazil

<sup>d</sup> Argos Patologia – Laboratório de Patologia,  
Fortaleza, CE, Brazil

**Introduction:** Lymphomas are cancers that affect the hematological system originated in the lymphatic system with an abnormal proliferation of lymphoid cells. Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is the most common subtype of non-Hodgkin lymphoma in adults. This lymphoma is well characterized by the presence of B-lineage lymphoid cells with immature features with diffuse proliferation in the affected tissue. This disease usually follows an aggressive clinical course, placing patients in immediate need of chemotherapeutic treatment. DLBCL can be further classified into two molecular subtypes, center-germinative B-cell (GCB) and activated B-cell (ABC) type lymphomas. This classification indicates the different stages of maturation of the neoplastic cells, and the different pathological mechanisms associated with them. **Objective:** The present work aimed to compare transcriptome signature of the center-germinative B-cell (GCB) and activated B-cell (ABC). **Materials and methods:** Microarray studies were selected based on predefined criteria and downloaded from the GEO database. Data acquisition, processing, meta-data construction, as well as the differentially expressed genes were performed using R studio packages. Also, significantly enriched gene sets were identified using Gene Set Enrichment Analysis (GSEA). Gene expression and survival analysis from TCGA database were performed