

using the UALCAN and GEPIA webservers. **Results:** From a total of 7,854 differentially expressed genes, 465 significantly down-regulated genes and 403 up-regulated genes in GCB subtype when compared to ABC subtype. Among these DEGs, in the GCB versus ABC comparison, the genes with the highest expression level were *SPIN3* (FC: 1.12E+20), *ZNF791* (FC: 9.43E+19) and *TSPAN3* (FC: 9.18E+19), while the significant DEGs with the lowest expression level were *KMT2C* (FC: -3.09E+20), *RIOX2* (FC: -1.49E+20) and *ABHD11* (FC: -6.96E+19). Interestingly, only two genes had their expression levels significantly correlated to the DLBCL patient survival, the *ABHD11* gene (p-value = 0.018) and *MORF4L2* (p-value = 0.029). *ABHD11* gene at low-medium level and *MORF4L2* gene at high expression level significantly decrease the survival of patients. **Discussion:** the meta-data generated from this study suggests that patients with diffuse large B-cell lymphoma pattern molecularly relevant gene expression in aspects related to cell proliferation, cell metabolism, and insensitivity to inhibitory signals to tumor progression as presented by the type of activated B cells. The findings converge the significant modulation of germinal center cells to gene expression regulation processes. Further experiments are still required, the transcriptional and translational activity, as well as cellular activity, appear to be decreased in the GCB type. Our findings, such as the one regarding the *ABHD11* gene, which at low levels in GCB type, confers decreased survival rate in lymphoma patients. **Conclusion:** Therefore, this work brings important information for the understanding of the pathological process of the disease and its subtypes, and such biomarkers may serve as potential candidates for the development of molecular diagnostic methods and new therapeutic strategies for DLBCL subgroups.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.156>

LINFOMA PLASMABLÁSTICO EM PACIENTE SEM INFEÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO

NPV Silveira, FPS Michel, PMS Gomes, JWJ Júnior, FL Moreno, AC Fenili, LCG Trindade, S Vidor, TB Soares, MEZ Capra

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: o linfoma plasmablastico equivale a 2% dos linfomas não-Hodgkin, sendo quase exclusivo em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Devido a carência de relatos na literatura, relatou-se o caso clínico de uma paciente com diagnóstico de linfoma plasmablastico. **Relato de caso:** paciente feminina, 54 anos, em uso de anticoagulante via oral devido a fibrilação atrial, realizou diversas investigações nos últimos 2 anos devido a linfonodomegalias cervicais associada a sudorese e perda de peso (aproximadamente 30 quilogramas). Nos últimos meses apresentou perda de força proximal em membros superiores e inferiores. Realizou biopsia de linfonodo cervical de forma ambulatorial em

abril de 2022 em que o anatomopatológico definiu linfoma não-hodgking de alto grau e o exame imuno-histoquímico foi compatível com linfoma plasmablastico com os marcadores CD 20, PAX 5, BOB 1, CD 38, MUM 1, Kappa Light Chains, CD 30 positivos e CD138, lambda light chains, HHV-8, ALK, CD10, Bcl6, EBV negativos e Ki67 com índice proliferativo de 90%. Internou em julho de 2022, após consulta ambulatorial para mostrar resultado do exame acima. Durante a internação foi realizado biopsia de medula óssea onde a amostra não teve evidência de infiltração por linfoma. Paciente foi classificada como estágio clínico III B e escore de IPI 2. Solicitamos sorologias, onde todos exames vieram com resultados negativos, inclusive sem infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Dessa forma, foi proposto tratamento com protocolo de quimioterapia EPOCH (prednisona, doxorubicina, vincristina, etoposideo, ciclofosfamida). A punção lombar apresentou negativa para doença no líquido. Realizou ressonância magnética da coluna, sendo avaliada pela neurocirurgia para esclarecimento da perda de força, sem evidência de componente no exame que justificasse. **Discussão:** o linfoma plasmablastico é um tumor raro, com sobrevida média de 5 a 15 meses, que em 15-20% dos casos apresenta comprometimento meníngeo no momento do diagnóstico e em média 80% dos pacientes estão no estágio clínico IV. Pode apresentar alterações no estado mental, perda sensorial e fraqueza nos estágios mais avançados. Um quarto dos pacientes tem acometimento de medula óssea. Geralmente, este tumor não expressa marcadores típicos de células B maduras, como CD19, CD20 e PAX5, no entanto, expressa marcadores de diferenciação plasmocitária, como MUM1, CD38 e CD138. Assim como, pode ser positivo para EBV (50 % dos imunocompetentes), ter HHV8 ausente e Ki67 superior a 60%. Não existe um consenso em relação ao tratamento deste linfoma, contudo recomendações de grupos científicos apontam para uso de protocolos como EPOCH, CODOX-M/IVAC e hyper-CVAD/MA. **Conclusão:** o linfoma plasmablastico é pouco frequente e muito agressivo, o que limita a descrição dessa doença na literatura. Por conseguinte, a necessidade de estudos para o desenvolvimento de drogas alvos se torna clara visto a baixa sobrevida destes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.157>

MANTLE CELL LYMPHOMA IN BRAZIL: FIRST REPORT FROM A REAL-WORLD EVIDENCE STUDY OF A THIRD WORLD COUNTRY

FDRP Oliveira, LG Figorelle, VV Santos, R Schaffel

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

Introduction: Mantle cell lymphoma (MCL) is an uncommon type of B-cell lymphoma with a heterogeneous clinical presentation and evolution spanning from an indolent leukemic non-nodal disease to an aggressive nodal disease. The disease has strong prognostic factors such as MIPI, proliferating index by ki-67 and P53 mutation. The best therapy seems to be with rituximab-cytarabine based induction followed by an