

Objetivos: Relatar os desafios na condução de um caso de paciente com linfoma de burkitt refratário com resposta completa ao tratamento de segunda linha. **Caso clínico:** Paciente masculino, 32 anos com obesidade é transferido à UTI devido surgimento de massa abdominal de crescimento rápido associado a derrame pleural, ascite e perda de função renal. Exames com sorologias negativas e TC de abdome averiguando área de espessamento de alça de intestino delgado, medindo $13 \times 5,5 \times 6,5$ cm. Devido a gravidade do caso e dificuldade de acesso para biópsia, foi optado por realizar paracentese e toracocentese com cell block e imunofenotipagem de líquido, constatando assim Linfoma de Burkitt, liquor negativo. Iniciado quimioterapia com protocolo R-DAEPOCH, após 2 ciclos apesar de boa tolerabilidade evoluiu com aumento do volume abdominal e PET com novas áreas de captação. Devido sinais de progressão, foi optado por troca de esquema para HyperCvad, após 3 ciclos um novo PET constatou aumento da lesão. Realizado então protocolo de resgate R-ICE e após 1º ciclo, evoluiu com Resposta Completa (PET Lugano 1), paciente apresentou diversas intercorrências infecciosas e grande toxicidade medular com este protocolo, foi então optado por não realizar os demais ciclos. Conforme discutido em equipe, paciente está em uso de manutenção POMP, com recuperação medular e foi listado para transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) autólogo. **Discussão:** O linfoma de Burkitt (LB) é um linfoma não Hodgkin de células B altamente agressivo, por ser sensível à quimioterapia os pacientes que toleram regimes de combinação intensivos são frequentemente curados. O caso descrito foi singular em função de apresentar um paciente com LB esporádico com resposta completa após 3 esquemas quimioterápicos. O tratamento do LB é baseado em protocolos pediátricos com combinação intensivas, devido às altas taxas de toxicidades, novas terapias estão sendo implementadas, principalmente para pacientes adultos ou com comorbidades. O protocolo R-EPOCH é um regime de intensidade intermediária, com menor toxicidade e que se mostrou eficaz para o tratamento de LB. Existem poucos dados sobre a terapia de resgate, indicação e escolha entre transplante autólogo ou alogênico nesse cenário, diversos esquemas quimioterápicos são disponibilizados, porém não há consenso baseado em evidências. É importante incentivar a inscrição em ensaios clínicos com vistas à exposição a novos agentes de acordo com os achados genômicos. Fora de um ensaio clínico, nos pacientes com doença refratária parece ser plausível receber um tratamento alternativo com esquemas diferentes dos usados inicialmente e preferencialmente com dose mais intensiva. O benefício do TCTH autólogo versus alogênico não é claro. O TCTH autólogo pode ser uma opção para pacientes que responderam à quimioterapia de resgate e o TCTH alogênico foi realizado principalmente nos pacientes com maior risco/LB avançado, porém com recidivas e mortalidade ocorrendo principalmente no primeiro ano. No caso relatado parece ser plausível a indicação de TCTH autólogo. Por não haver estudos comparativos e pela morbidade importante do paciente com os regimes quimioterápicos anteriores, foi optado por seguir manutenção até realização do TCTH autólogo. **Conclusão:** Ainda que haja poucos dados que suportem a conduta no caso exposto, é fundamental a discussão e a

disponibilidade de ensaios clínicos para inscrever tais pacientes e assim oferecer terapias com evidência.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.184>

LINFOMA HEPATOESPLÊNICO DE CÉLULAS T GAMA/DELTA: RELATO DE CASO

AFC Vecina^{a,b}, JR Assis^{a,b}, MG Cliquet^{a,b},
MA Gonçalves^b, JA Rena^a, CAC Vieira^a,
BN Nascimento^a, DR Spada^a

^a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde,
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-
SP), São Paulo, SP, Brasil

^b Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), Sorocaba,
SP, Brasil

Introdução: O Linfoma Hepatoesplênico de células T gama delta (LHCTGD) representa um subtipo bastante incomum de linfoma de células T periféricas. O receptor de células T, em mais de 90% das células é formado por subunidades α e β , sendo rara a presença das subunidades γ e δ . Acredita-se que essa entidade tenha origem em linfócitos T gama delta do baço, caracterizando-se pela proliferação e infiltração de sua polpa vermelha, dos sinusóides hepáticos e da medula óssea. Prevalente em adultos jovens, do sexo masculino, manifesta-se por hepatoesplenomegalia, citopenias e sintomas constitucionais, sem adenopatia periférica. O tratamento engloba esplenectomia, quimioterapia e transplante de medula óssea. **Objetivos:** Este relato tem o objetivo de contribuir com um melhor entendimento dessa doença rara. **Metodologia:** Levantamento de dados em prontuário e revisão de literatura. **Relato de caso:** A.S.S., sexo feminino, 51 anos, admitida via PS com perda de peso, aumento do volume abdominal e febre; em mau estado geral, confusa, emagrecida e com esplenomegalia volumosa, sem adenomegalia periférica. Apresentava Hb = 6,5 g/dL, L = $117.000/\text{mm}^3$ (com predomínio de linfócitos atípicos sem granulação citoplasmática); P = $34.000/\text{mm}^3$. A IF de SP revelou: 73,9% de linfócitos com fenótipo CD45+/CD3+/TCRgd+/cCD3parcial/CD2+/CD7+/CD56+/CD38parcial (negativos CD4/CD5/CD8/CD26/CD30/CD34/CD57/CD99/TdT/TCRab). Cariótipo 46, XX, t(X;5)(q22;p15)[7]/46,XX[13]. Iniciou-se quimioterapia (mini CHOP), contudo, paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda, disfunção de múltiplos órgãos e óbito. **Discussão:** O LHCTGD tem incidência inferior a 1% em relação a todos os subtipos de linfomas de células T periféricas, apresenta comportamento agressivo, com baixa taxa de resposta à quimioterapia. Imunossupressão crônica e exposição antigênica prolongada favorecem o desenvolvimento da doença. Histologicamente, as células neoplásicas têm núcleo redondo com cromatina dispersa, citoplasma basofílico, pálido e agranular. O imunofenótipo geralmente define células T “duplamente negativas” (CD4- e CD8-), com expressão de CD2+, CD3+, CD5-, CD7+ e RCT gama delta +. O achado do isocromossomo 7q correlaciona-se com a doença, embora apresente frequência variável. Apesar da paciente ser do sexo feminino, e com idade mais avançada, a esplenomegalia volumosa (sem adenopatia periférica), associada à morfologia com ausência de granulação citoplasmática e à

imunofenotipagem característica, confirmam o diagnóstico desse subtipo raro de linfoma T. O rápido desfecho fatal da paciente chama a atenção para a necessidade de reconhecimento e tratamento precoce nesses casos. **Conclusão:** O linfoma hepatoesplênico de células T gama delta é uma doença rara, de prognóstico reservado, fazendo-se necessário o diagnóstico precoce, além de novos estudos para melhorar a resposta ao tratamento e a expectativa de vida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.185>

RELAÇÃO ENTRE CASOS DE INFECÇÃO POR HIV E LINFOMA NÃO HODGKIN NA BAHIA UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO PERÍODO DE 2012 A 2022

LC Lins, WM Medeiros, FMN Souza, DD Barros, WM Medeiros, GC Casas, FM Reis, JMC Oliveira, VSA Silva, NBA Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS),
Feira de Santana, BA, Brasil

Objetivos: Correlacionar as internações hospitalares por Linfoma não Hodgkin (LNH) (CID10 - C85) com as internações por HIV (CID10 - Z21) e AIDS (CID10 - B20-B24) na Bahia, através da lista de morbidade do CID-10 no período de maio de 2012 a maio de 2022. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo ecológico e transversal, de análise quantitativa, cuja fonte de dados foi o Sistema de Morbidade Hospitalar (SIH-SUS) **resultados:** Entre maio de 2012 e maio de 2022 ocorreram 6.123 internações por linfoma não Hodgkin (LNH) na Bahia. A maior parte dessas foram em homens, representando 57% dos casos (n = 3.489), em indivíduos pardos, com 59% (n = 3.635), predominando na faixa etária de 50 a 69 anos, com 31% dos casos (n = 1.875), sendo 2021 o ano com maior número de internações (n = 887). A taxa de mortalidade por LNH foi de 11,68%, sendo maior nos indivíduos brancos (17,29%). No mesmo período houve 8.135 internações por HIV/AIDS na Bahia, com predomínio em homens (59%) e indivíduos pardos (29%). **Discussão:** O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é responsável pela supressão dos linfócitos T CD4+ e, consequentemente, imunossupressão levando a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e a outras doenças oportunistas. O linfoma não Hodgkin é uma neoplasia dos linfócitos que acomete o sistema imune, sendo a segunda neoplasia mais comum nos indivíduos soropositivos, muitas vezes com envolvimento do sistema nervoso central. O linfoma não Hodgkin sistêmico associado ao HIV (LNH-HIV) tem prognóstico ruim com sobrevida de semanas a meses. A terapia antirretroviral promoveu redução na mortalidade de pacientes soropositivos por LNH e outras doenças oportunistas, no entanto, essa neoplasia continua sendo bastante prevalente nessa população e muitos acabam descobrindo o HIV após a diagnóstico de LNH. **Conclusão:** Apesar dos avanços no tratamento do HIV/SIDA, pacientes imunossuprimidos são bastante vulneráveis ao desenvolvimento de tumores malignos. O LNH continua sendo uma das principais causas de morbimortalidade. Assim, diagnosticar e tratar de forma

precoce é de suma importância para reduzir a morbimortalidade nesses indivíduos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.186>

LINFOMA SUBCUTÂNEO DE CÉLULAS T PANICULITE-LIKE: RELATO DE CASO

JWL Júnior, NPV Silveira, FPS Michel, PMSGMS Gomes, AC Fenil, FL Moreno, S Vidor, TB Soares, MEZ Capra, MO Ughini

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

Introdução: O linfoma de células T tipo paniculite subcutânea (SPTCL) é um linfoma de células T citotóxico raro que representa menos de 1% de todos os linfomas de células T periféricos. Descreveremos um caso de SPTCL encontrado em um hospital terciário público no Sul do Brasil. **Relato de caso:** Trata-se de um homem de 43 anos que apresentou nódulos subcutâneos nos braços, que foram progredindo e evoluindo para tronco (tórax e abdômen), além de febre e sudorese noturna. Procurou o hospital devido a anúria e hematúria, que não estão relacionadas ao linfoma, mas relatou a presença dos nódulos e foi realizada biópsia para investigação. O anatomopatológico mostrou infiltrado mononuclear atípico predominantemente em hipoderma sugestivo de neoplasia linfoproliferativa. A imuno-histoquímica mostra linfócitos positivos para CD2, CD3, CD5, CD7 e TIA-1, e negativos para CD4, CD30, CD56 e EBV, perfil compatível com linfoma de células T subcutâneo, paniculite-like. Foi então iniciado tratamento com corticoterapia (prednisona 1 mg/kg) e o paciente evoluiu com regressão total dos linfonodos após 3 meses de tratamento. **Discussão e conclusão:** O linfoma de células T paniculite é uma entidade rara e representa um desafio diagnóstico. A incidência é quase igual em homens e mulheres, e crianças e adultos podem ser afetados. A idade mediana ao diagnóstico é de 46,5 anos, mas aproximadamente 20% dos pacientes têm menos de 20 anos. A histologia da doença é caracterizada por infiltração de células T malignas pleomórficas do tecido adiposo subcutâneo, acompanhada por grande número de macrófagos, com ausência de envolvimento dérmico ou epidérmico. Imuno-histoquimicamente, na maioria dos casos, as células linfoides atípicas são positivas para CD2, CD3, CD7, CD8, beta F1 e proteínas citotóxicas ativadas (antígeno intracelular de células T [TIA-1], granzima B [GzB] e/ou perforina), negativo para CD4, CD56 e CD30 e EBV. Por ser uma entidade rara, não há diretrizes publicadas abordando o diagnóstico e o manejo do SPTCL. As opções atuais de tratamento para SPTCL incluem corticosteroides de agente único. Além dos esteróides, muitos estudos relataram medicamentos poupadores de esteróides em combinação com agentes imunossupressores e não imunossupressores, como a ciclosporina. A grande maioria dos casos tem m prognóstico bom.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.187>