

de considerar o diagnóstico em pacientes abaixo da faixa etária habitual com sintomas gastrointestinais. Esse relato contribui para a compreensão clínica do LDF em pacientes jovens e destaca a importância do diagnóstico precoce e tratamento personalizado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.677>

LINFOMA DE ZONA MARGINAL (MALT) EM GLÂNDULA LACRIMAL - UM RELATO DE CASO

PC Gontijo^a, MMM Zarife^b, MGT Carvalho^b,
LCM Peixoto^b, L Alves^b, MC Piancastelli^b,
MAS Ullmann^b

^a Cetus Oncologia, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
(FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Objetivos: O propósito deste estudo é divulgar os conhecimentos sobre um caso raro de linfoma de zona marginal (MALT) em glândula lacrimal, visando ampliar o conhecimento sobre essa doença no meio científico. **Material e métodos:** A busca foi realizada na base de dados MEDLINE via PubMed. Para localizar publicações foram incluídas palavras chaves nas estratégias de buscas, sendo essas “(Lymphoma, B-Cell) AND (Lacrimal Apparatus); (Lymphoma, B-Cell) AND ((Proto-Oncogene Proteins c-bcl-2) OR (Ki-67 Antigen) OR (Antigens, CD20) OR (AE Proteins)); (Lymphoma, B-Cell) AND (R-CHOP)”. **Resultados:** Paciente masculino, 27 anos, nega doenças prévias e histórico familiar de câncer. Buscou atendimento médico devido a percepção de ptose palpebral, prurido ocular e massa palpável de 1cm na órbita direita. Relatou crescimento da massa ao longo de um ano e meio e negou histórico de trauma ocular ou alteração visual. Foi submetido a RNM de encéfalo e órbitas, em que apresentou um aumento inespecífico do volume da glândula lacrimal direita, e à ressecção cirúrgica do tumor com excisão total da lesão. A peça foi enviada para estudo anatomopatológico. A imunohistoquímica revelou resultados positivos aos biomarcadores: CD-20 (L26), BCL 2 (1 2 4), Ki 67 (MIB I), citoqueratina (AE1/AE3). Esse resultado, associado a análise histológica, favorece o diagnóstico de infiltração de glândula lacrimal por neoplasia linfóide de células B de baixo grau, compatível com linfoma de MALT. Devido ao resultado, foi adotado protocolo quimioterápico R-CHOP. Após 6 ciclos, paciente apresentou quadro neoplásico estável, qualificando-se para transplante autólogo. **Discussão:** O linfoma de MALT extranodal associado à mucosa é o tipo mais comum de linfoma não-Hodgkin. Por sua vez, o linfoma associado aos anexos oculares é uma forma rara de neoplasias malignas associadas à órbita ocular. Para a avaliação diagnóstica, a imunofenotipagem é fundamental, já que marcadores como o CD-20 e o BCL 2 com resultado positivo são importantes indicadores neoplásicos. Enquanto o primeiro está envolvido na regulação da ativação e multiplicação de linfócitos B, o segundo é responsável pela manutenção do equilíbrio entre a proliferação e a morte celular programada. Já o marcador Ki-67 reflete o grau de proliferação das células tumorais e os marcadores AE1/AE3 são associados a neoplasias de origem epitelial. Essa triagem

permite a elaboração de um curso terapêutico eficaz, tal como o protocolo R-CHOP. Esse tratamento baseia-se em ciclos de infusão de 5 medicamentos, sendo um deles o Rituximabe, que é um anticorpo monoclonal anti-CD-20. As outras medicações utilizadas têm efeito de ruptura da função do DNA das células tumorais, como a Ciclofosfamida, Doxorubicina e Vincristina. E a Prednisona, um glicocorticoide, é utilizado como anti-inflamatório e imunossupressor. **Conclusão:** O linfoma de MALT de glândulas lacrimais é uma doença rara, mas que deve ser considerada como diagnóstico diferencial na presença de massas na região orbital. Os profissionais de saúde devem ser capazes de investigar, visando um melhor prognóstico e aumento da sobrevida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.678>

LEUCEMIA / LINFOMA DE CÉLULAS T DO ADULTO: ANÁLISE DE CASOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

CAT Alves, RD Portugal

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

Introdução: A leucemia/linfoma de células T do adulto (ATLL) surge como uma complicação dos infectados pelo vírus HTLV-1. A ATLL é classificada como uma leucemia de células T maduras (WHO Classification, 5th edition) e pode se apresentar como uma forma aguda e agressiva com baixíssima taxa de sobrevida a longo prazo. O tratamento com quimioterapia utilizado convencionalmente em outros linfomas, como o CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona), produz baixas taxas de resposta nos casos de ATLL. **Objetivo:** Avaliação retrospectiva dos pacientes com diagnóstico de ATLL em um Hospital Universitário. **Pacientes e métodos:** Seleccionamos os casos (n=25) diagnosticados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ, no período entre setembro de 2000 e junho de 2023. Avaliamos variáveis demográficas e clínicas, resultados laboratoriais, tratamento específico e as complicações infecciosas. Os casos foram classificados nas formas (1) crônica favorável (*smoldering*), (2) crônica desfavorável, (3) linfomatosa ou (4) aguda, de acordo com a Classificação de Shimoyama. A sobrevida global (SG) foi calculada da data do diagnóstico até óbito (ou último dia de seguimento). **Resultados:** A idade mediana ao diagnóstico foi de 54 anos (26 a 73 anos). As manifestações clínicas mais prevalentes foram a presença de linfonodomegalia (72%), o envolvimento cutâneo (48%), hepatomegalia (44%) e esplenomegalia (36%). De acordo com a Classificação de Shimoyama, 10 pacientes (40%) apresentavam a forma leucêmica aguda, 12 (48%) a forma linfomatosa, 2 (8%) a forma crônica desfavorável e apenas 1 paciente (4%) como crônica favorável. Foram observados episódios infecciosos em 23 pacientes (92%), sendo que 12 (48%) apresentaram candidíase orofaríngea, 9 (36%) herpes simples e 2 (8%) pacientes apresentaram herpes zoster. O principal tratamento de primeira linha foi similar ao LSG15, sendo utilizado por 8 pacientes (32%). Outros tratamentos foram o AZT+IFN utilizado em 6 pacientes (24%), CHOP em 5 pacientes (20%) e 3 pacientes (12%)

receberam outro tratamento. Apenas 2 pacientes (8%) apresentaram remissão completa com primeira linha de tratamento (LSG15 nos dois casos). A sobrevida mediana da forma aguda foi de 2,7 meses, da linfomatosa de 11,5 meses, da crônica desfavorável 9,8 meses e da crônica favorável de 44,5 meses. **Discussão:** Mostramos que a maioria dos casos diagnosticados com ATLL (88%) apresentaram a forma leucêmica aguda ou a forma linfomatosa. Embora tratados principalmente com protocolos considerados “standard” para a ATLL, documentamos uma baixa taxa de resposta completa (<10%). O tratamento de pacientes com ATLL é desafiador e embora o resultado com LSG15 sugira, como observamos, uma resposta mais profunda, não existem estudos com grande número de pacientes e metodologia adequada que confirmem esta observação. Os episódios infecciosos foram frequentes em nossa série de casos, com a documentação de 3 episódios (mediana) por paciente e dados da literatura confirmam uma elevada incidência de episódios infecciosos, mesmo nas formas mais indolentes. **Conclusão:** A ATLL é uma doença potencialmente grave que ainda não possui um tratamento com grande impacto na taxa de resposta completa e sobrevida. A apresentação é, na maioria das vezes, na forma leucêmica aguda ou na forma linfomatosa, que apresentam pior prognóstico. Novos protocolos de tratamentos são necessários para mudança desse cenário.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.679>

RELATO DE CASO: LINFOMA NÃO HODGKIN B PRIMÁRIO DO MEDIASTINO COM FÍSTULA BRONCOPLEURAL CUTÂNEA APÓS QUIMIOTERAPIA

AH Schuck^a, JPF Giacomelli^a, CT Burtet^a,
MFL Pezzi^a, LV Calderan^a, TS Hahn^a,
LM Lorenzini^a, BK Losch^a, EW Silva^a,
RD Lorandi^b

^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

^b Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O linfoma mediastinal primário de grandes células B (PMBL) é um subtipo de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), representa 7% destes, sendo os linfócitos B do timo sua principal origem. Tal linfoma alcança grandes dimensões dentro da cavidade mediastinal, o que pode levar a complicações locais, inclusive fístulas broncopleurais. **Objetivo:** Relatar um caso de PMBL com evolução para fístula broncopleurar cutânea após realização de quimioterapia. **Relato de caso:** Paciente feminina, 34 anos, hígida. Interna por quadro de dispneia progressiva, tosse, hemoptise, perda ponderal de 10 kg em 2 meses além de exame de imagem prévio sugestivo de neoplasia pulmonar. Ao exame físico, apresentava ausculta pulmonar à direita abolida em lobo médio/superior. TC de tórax com formação expansiva com realce heterogêneo pelo meio de contraste, medindo 12,5 x 12, 4 cm, centrada no segmento anterior lobo superior direito, estendendo-se ao lobo médio e à região infracarinal com aspecto de lesão

primária, envolvendo estruturas broncovasculares do hilo pulmonar direito, além de toda a circunferência da artéria pulmonar principal e parcialmente a veia cava superior. Fora realizado biópsia da lesão, com resultado sugestivo de linfoma de alto grau e imunohistoquímica apresentando PMBL. Iniciado tratamento com protocolo R-CHOP (plano: 6 ciclos). Após o segundo ciclo, paciente interna por edema na face e dor torácica à direita, em novo estudo radiográfico havia presença de enfisema subcutâneo e pneumonia, quadro sugestivo de fístula broncopleurar cutânea. Por conseguinte, realizaram drenagem torácica associada ao uso de meropenem empiricamente por 10 dias, apresentando boa evolução após o quadro. Seguimento com protocolo R-CHOP após alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** O PMBL se apresenta com uma massa mediastinal anterior, localmente invasiva, de origem tímica. O seu padrão agressivo de crescimento pode frequentemente comprometer as vias aéreas e estruturas vasculonervosas mediastinais, cursando com emergências oncológicas. Ao diagnóstico, 3/4 apresentam doença em estágio I ou II e em metade dos pacientes o tumor primário mede mais de 10 cm (considerada como bulky). O diagnóstico diferencial inclui diversos tumores mediastinais e, mais raramente, doenças inflamatórias e infecciosas. A doença em estágio limitado pode ser curada com radioterapia, enquanto a doença avançada (bulky) ou associada a derrame pericárdico/pleural, não. Todos os pacientes são tratados com quimioterapia de indução, sendo os protocolos de eleição R-CHOP e o EPOCH-R. As taxas de cura para o PMBL combinando quimioterapia com irradiação mediastinal, são semelhantes às do linfoma difuso de grandes células B, no entanto, se ocorrer recidiva/progressão, o prognóstico se torna reservado. Ademais, apesar da fístula broncopleurar cutânea ser mais comumente encontrada após ressecção pulmonar, a quimioterapia também é uma possível etiologia, nestes casos os pacientes devem ser submetidos a drenagem e antibioticoterapia em caso de infecção concomitante, sendo muitas vezes recomendada intervenção cirúrgica ou broncoscópica definitiva. **Conclusão:** Por se tratar de uma doença agressiva e com grande potencial de complicações, é fundamental seu rápido diagnóstico e manejo imediato com quimioterapia/radioterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.680>

ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O NÚMERO DE INTERNAÇÕES E A TAXA DE MORTALIDADE EM PORTADORES DE LINFOMA NÃO HODGKIN NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA DA REGIÃO SUDESTE

KAM Martins, LL Araújo, CBA Greco,
SM Mazzoni, FHB Souza

Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH), Belo Horizonte, MG, Brasil

Objetivos: Apenas de raro, o linfoma não hodgkin tem sua relevância na população pediátrica, assim, o objetivo foi analisar a ocorrência de internações para tal patologia em pacientes pediátricos na região sudeste do Brasil. **Materiais e métodos:**