

diseases, as in the reported case. They usually do not present B symptoms as manifestations, but rather neurological symptoms such as speech and/or motor disorders, mental confusion, seizures, and change on consciousness level. The diagnosis is made through biopsy of the CNS lesion, or evaluation of the CSF. Treatment for PCNSL generally consists of systemic chemotherapy and high-dose MTX is essential in therapy. Despite being a subtype of lymphoma that responds well to treatment, it has high relapse rates. The use of high-dose MTX for elderly patients is associated with greater toxicity. Surgical approach is usually not performed and currently has a diagnostic role, however, there are few studies in literature demonstrating increased survival when surgical resection of the mass is performed. **Conclusion:** The treatment of patients with PCNSL remains a challenge due to the difficulty in defining an effective treatment with lower toxicity and the severity of sometimes irreversible sequelae. The discussion about surgical approach is still limited to a few studies, and the benefit in terms of survival has not been fully clarified.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.689>

NEUROPATIA ASSOCIADA A VINCRISTINA EM PACIENTE COM LINFOMA DE BURKITT: RELATO DE CASO

JGM Lusvarghi, BMA Pacheco, ABS Fonseca, ACP Nascimento, AMDS Pinheiro, HC Amaral, RMSD Reis, FF Ribeiro, JAOD Reis

Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas, Poços de Caldas, MG, Brasil

Objetivo: Esse relato de caso visa demonstrar a associação da vincristina, um importante fármaco utilizado no tratamento de linfomas, com neuropatia periférica. **Relato de caso:** Masculino, 31 anos, portador de HIV em tratamento regular, com diagnóstico de Linfoma de Burkitt. Realizou citorredução, utilizando dexametasona 40 mg por 4 dias e vincristina 1 mg em dose única. Após 3 dias evoluiu com fraqueza muscular, principalmente em membro inferior esquerdo. Realizada punção líquórica e tomografia de crânio, ambas normais e avaliado pela neurologia que suspeitou de síndrome do segundo neurônio motor. Paciente deu continuidade ao tratamento com o protocolo CODOX-M-IVAC, que utiliza doxorubicina, ciclofosfamida, citarabina, metotrexato e vincristina. Na primeira etapa do tratamento, manteve os sintomas associados à síndrome do segundo neurônio motor, porém na segunda fase do protocolo houve piora significativa dos sintomas, sendo necessário sua descontinuação. Realizou eletroneuromiografia que evidenciou polineuropatia periférica, predominantemente motora, de padrão misto (axonal e desmielinizante) de evolução crônica com sinais de denervação recente nos nervos fibular direito e esquerdo. Devido a polineuropatia periférica ocasionada pela vincristina, o protocolo CODOX-M-IVAC foi suspenso, dando lugar ao DAEPOCH (etoposídeo, ciclofosfamida, doxorubicina), sem administração da vincristina. Após a troca do protocolo e realização de fisioterapia, o paciente apresentou melhora importante dos sintomas. Segue em consulta ambulatorial, mantendo boa resposta ao

tratamento (PET-CT Deauville 2), mesmo sem a utilização da vincristina. **Discussão:** O linfoma de Burkitt é um linfoma não-Hodgkin agressivo de células B e, devido a alta taxa mitótica, faz-se necessário instituir uma terapia agressiva. Foi proposto o protocolo CODOX-M-IVAC que incluem dentre outros fármacos a vincristina, que inibe a formação de microtúbulos no fuso mitótico, resultando na parada da divisão celular durante a metáfase. Essa inibição microtubular causa alteração no citoesqueleto neuronal, em fibras não mielinizadas e mielinizadas. Podem ocorrer de forma secundária ao dano axonal, redução da espessura da bainha de mielina, desmielinização segmentar e redução do espaço internodal, ocasionando diminuição ou perda dos reflexos tendíneos profundos, parestesia, fraqueza muscular, alterações sensitivas, dor neuropática, manifestações disautônomicas. Após a suspensão do fármaco nota-se uma melhora dos sinais e sintomas sensoriais. Portanto perante a gama de sinais e sintomas apresentados pelo paciente decorrentes da utilização da vincristina e seu constante agravamento fez-se necessário a omissão desta medicação de qualquer protocolo utilizado. **Conclusão:** Portanto, concluímos que a polineuropatia periférica com predominância motora, cuja sintomatologia envolveu a atividade dos nervos fibular direito e esquerdo do paciente relatado, ocorreu devido ao efeito colateral da vincristina (droga incluída no protocolo quimioterápico de primeira linha para Linfoma de Burkitt). Esta ação neuronal deve ser aventada em pacientes com sintomas neurológicos em uso desta medicação, devido a sua ação em citoesqueleto neuronal, alterações na bainha de mielina e interferências na condução axonal, indicando a suspensão imediata deste componente caso sintomas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.690>

PIRTOBRUTINIB IN COVALENT BTK-INHIBITOR PRE-TREATED MANTLE CELL LYMPHOMA: UPDATED RESULTS AND SUBGROUP ANALYSIS FROM THE PHASE 1/2 BRUIN STUDY WITH 2 YEARS OF SURVIVAL FOLLOW-UP

NN Shah^a, PL Zinzani^{b,c}, TA Eyre^d, K Izutsu^e, AJ Alencar^f, K Patel^g, T Munir^h, DE Tsaiⁱ, ML Wang^j, LYGN Presenter^k

^a Medical College of Wisconsin, Milwaukee, United States

^b IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Istituto di Ematologia Seràgnoli, Italy

^c Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale Università di Bologna, Bologna, Italy

^d Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Churchill Cancer Center, Oxford, United Kingdom

^e Department of Hematology, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan

^f Sylvester Comprehensive Cancer Center, Miami, United States