

mais provável foi a LPL-T, sendo realizada quimioterapia com protocolo CHOP, entre os poucos esquemas disponíveis no SUS, o qual foi interrompido após 4 ciclos devido a neutropenia febril e ausência de resposta nas lesões cutâneas, apesar de melhora parcial de leucocitose. Em 2023, disponibilizado alemtuzumab, cuja primeira semana foi aplicada em regime de internação para controle de efeitos colaterais. No 11º dia após, notou-se melhora parcial nas lesões cutâneas e redução na contagem global de leucócitos. **Discussão:** A LPL-T é uma neoplasia maligna de células T rara e de curso agressivo. Possui manifestação heterogênea, cursando frequentemente com hiperleucocitose – com predomínio de linfocitose – sendo critério diagnóstico maior a presença de $> 5 \times 10^9/L$ linfócitos com fenótipo da LPL-T; linfonodomegalias, acometimento de medula óssea, esplenomegalia e, por vezes, comprometimento extranodal, como infiltração cutânea e derrames cavitários. A propedêutica deve incluir avaliação de sangue periférico, imunofenotipagem (evidencia clonalidade com identificação de marcadores de células T, sendo comum a expressão de CD52, CD2, CD3 e CD7) e estudo citogenético (sendo observado principalmente rearranjo do cromossomo 14, levando à superexpressão do proto-oncogene TCL-1). Os diagnósticos diferenciais incluem outras doenças linfoproliferativas T. Quanto ao tratamento, a resposta às quimioterapias convencionais é comprovadamente insatisfatória, tendendo a responder ao anti-CD52. **Conclusão:** A LPL-T é uma neoplasia rara e representa desafio diagnóstico, especialmente no cenário da saúde pública, sendo importante sua correta identificação para emprego de terapias que possam apresentar melhores resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.698>

LINFOMA DE BURKITT EM PACIENTE IDOSA: UM RELATO DE CASO

T Callai, DH Catelli, CE Wiggers, XPC Huamani, EC Weinert, CK Weber, NH Dias, AA Paz, TB Soares

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução/Objetivo: O linfoma de Burkitt (LB) é um linfoma não-Hodgkin de células B agressivo e associado à imunodeficiência. É uma neoplasia diagnosticada mais comumente em pacientes jovens. Nos pacientes acima de 60 anos, a impossibilidade de tratamento quimioterápico agressivo é uma limitação importante para o tratamento. **Métodos:** Trata-se do relato de um caso de LB esporádico típico em um paciente de 88 anos tratada com protocolo R-miniCHOP em um Hospital terciário no sul do Brasil. Relato do caso: Paciente feminina, 88 anos, parda, hipertensa, perfil funcional grau 2 na Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) foi encaminhada ao nosso serviço para investigação de dor, distensão abdominal e perda de 7 kg em 4 meses. Exames laboratoriais de admissão demonstravam hemoglobina 11,2 g/dL, hematócrito 34,2%, leucócitos 7.650/L, neutrófilos 6.150/L, linfócitos típicos 570/L, plaquetas 467.000/L; TGO 20 U/L; TGP 24 U/L; LDH 599 U/L; HBsAg não reagente; antiHCV não reagente; antiHIV não

reagente. Nas tomografias, achados de volumosa lesão expansiva envolvendo glândula adrenal direita, cava inferior e veia renal direita, entendendo-se anterior e lateralmente a aorta, deslocando estruturas, medindo 15,5x15,2x9,8 cm e lesão semelhante contígua envolvendo tronco celiaco e artéria mesentérica superior, medindo 9,8x6,3x4,4cm, sugerindo aglomerados linfonodais. Paciente foi submetida a biópsia de lesão retroperitoneal direita, com anatomopatológico sugestivo de linfoma não Hodgkin de alto grau. O estudo imunohistoquímico confirmou diagnóstico de linfoma de células B (CD 20+, CD10+, Bcl-6+, c-MYC+ e Ki-67 > 95%) de alto grau, sugerindo Linfoma de Burkitt. Após este diagnóstico, foi opção da paciente e familiares, em conjunto com a equipe médica, a realização de protocolo quimioterápico R-miniCHOP. Logo após o C1, evoluiu com redução da dor e distensão abdominal, porém, apresentou síndrome de lise tumoral, revertida com hidratação e uso de rasburicase. Recebeu alta e não apresentou outras intercorrências nos demais ciclos, administrados em nível ambulatorial. Realizado PETCT pós terceiro ciclo, restando apenas pequena atividade metabólica em lesão de retroperitônio a direita (escore de Lugano 2). Atualmente completou seis ciclos do protocolo quimioterápico, com remissão, mantendo PET CT Lugano 2. **Discussão:** O linfoma de Burkitt (LB) é um raro linfoma maduro de células B de alto grau, responsável por 2% de todos os linfomas não-Hodgkin. O LB é curável para muitos pacientes com imunoterapia intensiva multiagente. A eficácia das terapias intensivas para LB é bem conhecida, porém contrabalançada pela potencial morbimortalidade relacionada ao tratamento. A mortalidade relacionada às terapias tem associação significativa com o aumento da idade, menor sobrevida livre de doença e sobrevida global. Por outro lado, em idosos, a menor sobrevida se relaciona também a uma tendência na prescrição de tratamentos menos intensos e uma menor indicação dos tratamentos padrão devido à presença de doenças concomitantes. Há poucos dados sobre o tratamento de pessoas com mais de 60 anos, de modo que não há uma visão consistente sobre a abordagem terapêutica neste grupo selecionado de pacientes. As recomendações preconizam o tratamento com RCHOP, ou alguma modificação do referido regime, como realizado na paciente em questão. **Conclusão:** Esta apresentou ótima resposta inicial e ao final de tratamento, com boa tolerância ao regime adotado, seguindo em acompanhamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.699>

LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B ALK+ E INFECÇÃO CONCOMITANTE POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE

RA Assis^a, RIN Rocha^a, MS Moura^b, PSR Araújo^a

^a Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), Recife, PE, Brasil

^b Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Recife, PE, Brasil

Objetivo: Relatar o caso de paciente recém diagnosticado com Linfoma Difuso de Células B ALK+ (LDCB ALK+). **Métodos:** As