

($p = 0.0457$). Concerning the outcome, the median expression of the PDCD1 gene was approximately a hundredfold higher in patients with lymphoma and a thousandfold higher in patients with myeloma who deceased when compared to individuals who remained alive, though not statistically significant. Discussion: The PDCD1 gene is responsible for maintaining immune tolerance, preventing the development of autoimmune diseases, and controlling hyperinflammation. Concerning neoplasms, the PDCD1 gene's action can promote evasion of the host immune response through the binding of PD-1 to its ligand (PD-L1), leading to anergic T lymphocytes. This mechanism occurs when PD-L1 on cancer cells binds to T cell PD-1, causing phosphorylation in Immunoreceptor Tyrosine-based Activation Motif and Immunoreceptor Tyrosine-based Inhibition Motif, inhibiting T-cell receptor and suppressing T cell function, making it difficult to eliminate target cells. This finding justifies the higher PDCD1 quantification in stage IV lymphoma. The difference in gene expression concerning the outcome was not statistically significant, but it may be due to the sample size, limiting this analysis. Conclusion: The expression of the PDCD1 gene was higher in healthy individuals compared to patients with lymphoproliferative neoplasms. Additionally, it appears that as lymphoma becomes more severe PDCD1 gene expression increases. Concerning the outcome, although the analyses were not statistically significant, it was observed that a worse outcome might be associated with higher gene expression. Therefore, the importance of the PDCD1 gene is notable, especially considering the use of pathway blockers in many types of neoplasms.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.734>

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B EBV-POSITIVO

NS Lira, JP Resende, SDB Silva, EM Pitaluga,
JAS Abdon, FQ Bastos, MP França, GC Pereira,
NCS Misael, FD Xavier

Hospital Universitário de Brasília (HUB),
Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2022 a nova classificação das neoplasias linfoides e reconheceu novamente o Epstein-Barr Vírus como tendo um papel importante no Linfoma Difuso de Grandes Células EBV-positivo. **Objetivos:** Relatar o caso de uma paciente com LDGCB EBV+ e discutir a importância deste diagnóstico. **Materiais e métodos:** Revisão de prontuário sem identificação da paciente, com obtenção de TCLE. **Relato de caso:** Paciente de 79 anos, sexo feminino, apresentava lesão em dorso, de 7x6 cm, bordas eritematovioláceas, centro ulcerado, dolorosa, de evolução progressiva em 3 meses. A biópsia evidenciava infiltrado dérmico difuso por células grandes e atípicas, descoesas, áreas de necrose em meio a células linfoides e exocitose de linfócitos para a derme. A imuno-histoquímica foi positiva para BCL-2, BCL-6, CD10, CD20, CD30, EBV LMP-1, MUM-1 e Ki-67 90% (c-MYC negativo). Sorologia para EBV IgG positiva e IgM negativa e PCR para EBV negativo. PET-CT

mostrava espessamento cutâneo e densificação do subcutâneo, hipermetabólico (SUV 21) e linfonodos hipermetabólicos nas cadeias axilares, medindo até 1,7x0,7 cm (SUV 8,6). Assim, o diagnóstico foi realizado, com estadiamento IV E de Lugano e IV A de Ann Arbor, R-IP1 3, ECOG 1, Karnofsky 80. Foram realizados 6 ciclos de R-mini-CHOP e novo PET-CT mostrou redução do metabolismo das lesões subcutâneas (SUV 3,8), porém houve surgimento de lesão hipermetabólica em terço distal de fêmur esquerdo (SUV 7,7), Deauville 5. Atualmente, a paciente encontra-se em terapia de resgate com R-GemOx. **Discussão:** O LDGCB EBV+ foi descrito inicialmente em populações asiáticas, em pacientes com mais de 50 anos, sem imunodeficiência predisponente, com expressão de RNA codificado pelo EBV (EBER) nos núcleos das células malignas. Seu diagnóstico é reconhecido pela OMS como apresentando um padrão monomórfico difuso de grandes células como em qualquer LDGCB ou mais comumente um padrão polimórfico de grandes células em meio a um fundo reativo com numerosos linfócitos pequenos ou histiócitos. As grandes células podem parecer grandes centroblastos, imunoblastos e células de Hodgkin e Reed-Sternberg like. Necrose geográfica é comum. Expressa marcadores de células B: CD19, CD20, CD22 e CD79. CD30 está presente em 40% dos casos. A maioria apresenta o fenótipo de células B ativado (ABC), com expressão de MUM-1/IRF4 e negativo para CD10 e BCL-6. LMP-1 é expresso em 2/3 dos casos enquanto EBNA-2 em 1/3 dos casos. O diagnóstico é de exclusão, excluindo-se causas aparentes de imunossupressão como PTLN e infecção pelo HIV. A maioria dos pacientes apresenta desfecho desfavorável, como demonstrado em um estudo japonês, no qual pacientes com LDGCB EBV+ tiveram sobrevida global em 5 anos de 25% e pacientes com LDGCB EBV-negativo, 65%. Quando comparados R-CHOP e CHOP, as taxas de resposta global e resposta completa são maiores com a adição do anti-CD20. **Conclusão:** O LDGCB EBV+ é um subtipo de linfoma agressivo com pior prognóstico. Sua incidência provavelmente é subestimada, pois os testes EBER não são realizados de forma rotineira nas análises de patologia. Novos estudos e terapias estão sendo investigados e poderão fornecer respostas para o tratamento dessa condição.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.735>

LINFOMA INTRACARDÍACO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MIXOMA ATRIAL: UM RELATO DE CASO

FRC Silva ^{a,b}, HP Filik ^{a,b}, LZ Munhoz ^{a,b},
IO Corrêa ^{a,b}, MSR Oliveira ^{a,b}, ER Passos ^{a,b},
DB Lamaison ^b, CF Gomes ^b, TE Vanelli ^b,
LM Fogliatto ^{a,b}

^a Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto
Alegre, RS, Brasil

Introdução: O Linfoma Difuso de Grandes Células B é o tipo mais comum dos Linfomas Não Hodgkin, podendo assumir apresentação extremamente agressiva e com alta letalidade.