

curativas (quimioterapia intensiva e transplante de medula óssea), sendo optado por realização da radioterapia, cuja taxa de recaída é alta para este subtipo de linfoma.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.746>

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA GRAVE ENTRE ACALABRUTINIBE E ESCITALOPRAM EM PACIENTE COM LINFOMA DO MANTO: RELATO DE CASO

LFE Santana, LBD Santos, LV Oliveira, NA Leite, RML Borges, MBV Lima

Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: Acalabrutinibe é um inibidor de tirosina quinase de Bruton (iBTK), de segunda geração, indicado para algumas neoplasias de células B. Alguns dos eventos adversos do iBTKi decorre da inibição fora do alvo de receptores, como das quinases da família TEC. Os iBTK de 2º geração tem maior especificidade, menor inibição fora do alvo e melhor perfil de segurança, quando comparado aos de 1º geração. O caso clínico descrito ratifica os riscos associados a polifarmácia, que favorece reações adversas através de interações medicamentosas. **Relato de caso:** Paciente masculino, 86 anos, portador de Linfoma de Células do Manto recidivado, cursou com disfagia por lesão neoplásica extensa em orofaringe e traqueia. Devido risco de obstrução de vias aéreas foi realizado COP citorredutor, com redução de mais de 50% das lesões. Posteriormente foi optado, devido idade, fragilidade e comorbidades, por iniciar Acalabrutinibe. Após 8 dias de IBTK, paciente evoluiu com lesões equimóticas em braços, com evolução progressiva, erupção purpúrica extensa, endurecida e confluenta com edema subcutâneo, afetando toda extensão de membro superior direito. O quadro motivou internação por suspeita de isquemia. Diagnósticos diferenciais incluíram doenças autoimunes, infecção e vasculite. Exames de imagem afastaram fatores trombóticos e compressivos. Autoanticorpos, coagulograma e bioquímica sem alterações. Sem resposta à antibioticoterapia empírica. Descartada outras causas, a manifestação cutânea foi caracterizada como evento adverso não hematológico ao IBTKi agravado pelo uso de escitalopram. **Discussão:** Efeitos colaterais dos IBTK são o principal motivo de descontinuidade no primeiro ano, o que pode se traduzir em sobrevidas globais e livres de progressão menores. Eventos dermatológicos são caracterizados por hematomas, infecções/erupções, foliculite, paniculite. As toxicidades cutâneas são comuns, entretanto a maioria dos casos são leves. A frequência de eventos dermatológicos é de 23-33%; 31-39% e 43% respectivamente para Ibrutinibe, Acalabrutinibe e Zanubrutinibe. Neste caso a biópsia de pele evidenciou apenas dermatoporose e atrofia epidérmica, comuns em idosos, susceptível a hematomas dissecantes profundos. Associa-se à inibição de TEC quinases, alterando sinalização de receptores plaquetários, como glicoproteína VI e fator de

von Willebrand. O escitalopram também inibe a agregação e ativação plaquetária. Ambos são metabolizados pela enzima CYP3A4. A interação entre estes fármacos, apresenta categoria de risco grau C, devendo ser monitorizado pelo potencial de aumentar o efeito anti-plaquetário, contudo não foi descrito se o compartilhamento da via de metabolização possa alterar o nível sérico do Acalabrutinibe, potencializando os seus eventos adversos ou apenas a ação antiplaquetária das drogas justificaria apresentação clínica no caso relatado. Considerando risco-benefício, optou-se por manter Acalabrutinibe e substituir escitalopram por outra classe. O paciente evoluiu com absorção progressiva do hematoma e sem recorrência de lesões. **Conclusão:** O caso clínico destaca evento adverso cutâneo exuberante pela associação do acalabrutinibe com Escitalopram. A ocorrência de interações medicamentosas como a descrita chama atenção da necessidade de conhecer o perfil de farmacocinética e farmacodinâmica das drogas, como subsídio na reconciliação medicamentosa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.747>

A IMPORTÂNCIA DA BIÓPSIA NO MANEJO DOS LINFOMAS ENTRE DEMAIS NEOPLASIAS: RELATO DE CASO

ML Soares^a, ACS Rocha^a, AVC Oscar^a, JW Ferreira^a, JS Gomes^a, LQED Vale^a, RM Bastos^a, RS Ferreir-Júnior^a, SL Mesquita^a, GF Silva^b

^a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

^b Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), São Luís, MA, Brasil

Introdução/Objetivos: O linfoma não Hodgkin tem como um dos subtipos mais recorrentes o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), atingindo principalmente indivíduos a partir de 60 anos. Clinicamente, o paciente pode apresentar linfonodos aumentados, dor persistente e perda de peso. Na suspeita de recaída ou refratariedade, é sempre importante realizar uma nova biópsia para confirmar que se trata da mesma doença originalmente tratada, uma vez que podemos encontrar pacientes com neoplasias concomitantes e isso muda a trajetória deste paciente, bem como impacta na decisão terapêutica. **Material e métodos:** Foi realizada uma revisão do tema em literatura na base de dados do PUBMED e do SciELO e relato de 1 caso a partir do levantamento de dados no prontuário após autorização do paciente. **Resultados:** Paciente J.N.S, 71 anos, sexo masculino encaminhado do serviço de endocrinologia ao diagnosticar um linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) na biópsia de linfonodo cervical direito durante estadiamento de carcinoma papilífero tireoideano. A imunohistoquímica confirmou ser LDGCB com possibilidade de double hit com ki67 de 90%. O paciente apresentava sintomas B, era coronariopata com histórico de revascularização cardíaca e aneurisma de VE, além de