

desenvolvidas. A avaliação de resposta é realizada através do PCR EBV e PET/CT após 2-3 ciclos de tratamento. **Conclusão:** Linfoma de células T/NK tipo nasal extranodal trata-se de uma doença rara, pouco conhecida, cujo desfecho pode ser catastrófico se houver atraso no diagnóstico. Este caso demonstra uma boa evolução, apesar da gravidade da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.399>

SÍNDROME DE LISE TUMORAL ESPONTÂNEA POR LEUCEMIZAÇÃO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN DE CÉLULAS B DE CENTRO GERMINATIVO: RELATO DE CASO

KCR Mata^a, JVS Valadares^b, MLB Neto^b, CLV Silva^a, RS Giuliano^b, BJP Rabello^b, CDC Lima^b, NBA Miranda^b, APMR Ribeiro^b, AC Oliveira^b

^a Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), Feira de Santana, BA, Brasil

^b Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica de elevada mortalidade, causada por lise maciça de células neoplásicas e liberação de grande quantidade de eletrólitos e ácido úrico na circulação sistêmica. A clínica é marcada por injúria renal aguda, artrite gotosa e arritmias ventriculares fatais. Apesar de mais comum após início da terapia citotóxica de neoplasias hematológicas, também pode ocorrer de forma espontânea nesses ou em outros tumores de alta taxa proliferativa; essa última apresentação é rara, com poucos casos descritos na literatura. **Relato de caso:** Homem, 72 anos, lavrador, admitido por oligoartrite aguda, síndrome consumptiva e anasarca há 02 semanas, além de astenia há 05 meses. Negou patologias conhecidas. Ao exame físico, apresentava-se consumido, com mucosas hipocrômicas, petéquias em tronco, adenomegalia generalizada, anasarca e sinais de artrite em joelho direito e tornozelos. Os exames laboratoriais documentavam anemia normocítica, leucocitose com 30% de blastos, linfocitose, plaquetopenia, azotemia, hipercalemia, hiperfosfatemia e hiperuricemia. Sedimento urinário com numerosos cristais de urato monossódico. A imunofenotipagem de sangue periférico revelou presença de 40% de células maduras da linhagem linfóide B, com expressão de marcadores CD10 e IgM, apontando para leucemização de Linfoma não-Hodgkin derivado de centro germinativo CD10+. Solicitada transferência para unidade onco-hematológica. A piora clínica impossibilitou a realização de biópsia ganglionar/medula óssea ou estudo citogenético/FISH. A despeito das medidas de hidratação, diureticoterapia, agente hipouricemiante e, em seguida, terapia substitutiva renal, o paciente evoluiu a óbito por fibrilação ventricular. **Discussão:** A incidência real de SLT espontânea é desconhecida; há apenas 07 publicações na plataforma Pubmed desde 1992. O diagnóstico é feito pela presença de 2 ou mais dos critérios laboratoriais de Cairo-Bishop (ácido úrico > 8 mg/dL; potássio > 6 mEq/L; fósforo > 4,5 mg/dL; cálcio < 7 mg/dL ou mudança da linha de base em 25% nos

elementos citados anteriormente). O manejo de SLT estabelecida frequentemente demanda internamento em unidade de terapia intensiva, e compreende hidratação agressiva (2-3L/m²/dia) com meta de diurese 4-6ml/kg/h, diureticoterapia, correção dos distúrbios eletrolíticos, terapia substitutiva renal e agentes hipouricemiantes (alopurinol, febuxostat ou rasburicase). A mortalidade é elevada, podendo chegar a 79%. As principais causas de morte são arritmias (secundárias a hiperfosfatemia e hipercalemia) e injúria renal aguda. **Conclusão:** A SLT é uma emergência oncológica definida pelos critérios laboratoriais de Cairo-Bishop, de elevada mortalidade, que pode ocorrer de forma espontânea em neoplasias hematológicas e demanda terapêutica imediata com hidratação agressiva, diureticoterapia, agentes hipouricemiantes e, se necessário, terapia de substituição renal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.400>

RISCO DE RECORRÊNCIA EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B E SUA PROFILAXIA EM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE EM DOIS CENTROS NO BRASIL

TS Soares, DD Ribeiro

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais comum de linfoma não Hodgkin. A recaída em sistema nervoso central (SNC) é um evento raro, variando de 5% a 10%, de acordo com fatores de risco previamente definidos através do Índice Prognóstico Internacional do SNC (CNS-IPI) e sítios extranodais específicos. Apresenta desfechos insatisfatórios, com sobrevida global mediana de dois a cinco meses. Ao longo dos anos, diversas estratégias para reduzir a recaída em SNC foram avaliadas, e são cada vez mais controversas. As profilaxias para evitar recaída em SNC frequentemente utilizadas diferem na forma de administração, baseados em metotrexato intratecal (IT-MTX) ou de forma sistêmica em altas doses (HD-MTX), associado ou não a outros agentes quimioterápicos. Os estudos até então disponíveis foram realizados em países de alta renda e é questionado se limitações encontradas em países de transição econômica, com maior dificuldade de acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos, trariam impacto ou poderiam justificar profilaxia para recaída em SNC. Realizamos um estudo retrospectivo em dois centros de saúde pública em Belo Horizonte, Brasil, entre janeiro de 2018 e julho de 2022, para avaliar a incidência de recaída em SNC em pacientes acometidos por LDGCB. Estimamos sobrevida livre de progressão e sobrevida global. Um total de 120 pacientes, com idade média de 54,4 ± 15,4 anos e predomínio do sexo masculino (60,0%) foram avaliados no estudo. Destes, apenas sete (5,8%) receberam IT-MTX e quatro (3,3%) receberam HD-MTX. Não houve pacientes que receberam as duas vias de profilaxia. O escore prognóstico para risco inicial de recaída do SNC pelo CNS-IPI foi estimado como: baixo [0-1; 37 (30,8%)], moderado [2-3; 53 (44,2%)] ou alto [≥ 4; 27 (22,5%)]. A recaída em SNC foi confirmada em quatro (3,3%) pacientes.