

Hospital Erasto Gaertner (HEG), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: O linfoma plasmablastico (PbL) é uma neoplasia hematológica rara e agressiva, geralmente associada ao vírus Epstein-Barr (EBV) e frequentemente observada em pacientes imunocomprometidos, como aqueles com infecção pelo HIV. Apresentamos o caso de um paciente masculino de 56 anos com diagnóstico concomitante de HIV e evolução desfavorável. **Caso clínico:** Em outubro de 2023, paciente masculino de 56 anos foi admitido no HEG para investigação de ptose e perda de acuidade visual com exames de imagem demonstrando massa etmoidal extensa. O histórico médico incluía um carcinoma espinocelular de orofaringe tratado cirurgicamente em Maringá-PR em novembro de 2021, seguido de radioterapia até fevereiro de 2022, porém com perda de vínculo posterior. Paciente foi submetido à biópsia microcirúrgica cerebral endoscópica que permitiu estabelecer o diagnóstico de PbL, risco IPI intermediário-baixo. O paciente possuía imunohistoquímica positiva para CD10, MUM1, CD138, Ki-67 90%. A ressonância magnética do crânio demonstrava lesão expansiva multilobulada ocupando células etmoidais posteriores, recessos olfatórios das fossas nasais e seios esfenoidais, medindo aproximadamente 25 × 45 × 55 mm. Optamos pela internação para início de tratamento onde atribuímos também diagnóstico de HIV em fase SIDA e sífilis latente tardia. Foi proposto um regime quimioterápico intensivo com ixazomibe combinado com EPOCH (etoposídeo, prednisona, vincristina, ciclofosfamida e doxorubicina). Paciente apresentou uma resposta inicial favorável, com melhora na acuidade visual e ausência de reações adversas significativas à infusão recebendo alta hospitalar. Alguns dias após alta hospitalar paciente faleceu em seu município de origem, sendo a causa exata do óbito não determinada. **Discussão:** O PbL é um subtipo raro e altamente agressivo de linfoma não-Hodgkin, frequentemente associado ao HIV. A apresentação clínica deste caso foi complexa, envolvendo múltiplos sítios anatômicos e complicações significativas, como a amaurose. O diagnóstico definitivo foi obtido através de uma combinação de exames histopatológicos e de imagem, que revelaram uma lesão expansiva infiltrativa com características agressivas. O manejo do PbL é desafiador devido à sua agressividade e à necessidade de um regime quimioterápico intensivo. Por se tratar de doença pouco prevalente, não há grandes coortes disponíveis, alguns estudos demonstram benefícios no uso de inibidores de proteassoma. Propusemos ixazomibe considerando facilidade posológica e perfil de tolerância favorável, já que o paciente deveria ser exposto também ao regime EPOCH. Apesar da boa resposta inicial o paciente faleceu por provável complicação relacionada ao diagnóstico. **Conclusão:** Este caso ilustra a complexidade e a agressividade do PbL, especialmente em pacientes com múltiplas comorbidades, especialmente no cenário de diagnóstico tardio. A importância de um diagnóstico precoce e de um seguimento rigoroso é fundamental para manejo de doenças agressivas e de prognóstico limitado como o PbL.

RELATO DE CASO: LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B PRIMÁRIO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE E APRESENTAÇÃO RADIOLÓGICA ATÍPICA

GKM Grigoletto, AB Melo, ALM Possetti, RB Cardoso, F Mazotti

Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, SP, Brasil

Objetivo: Contribuir para ampliação do raciocínio clínico em diagnóstico diferencial de lesões cerebrais. Visto que o caso clínico descrito é de incidência rara, acometendo perfil de paciente atípico e de apresentação radiológica atípica. **Materiais e métodos:** Paciente, branco, sexo masculino, 27 anos, brasileiro, motorista de aplicativo, iniciou quadro com cefaleia holocraniana e turvação visual principalmente durante sua atividade laboral, no período noturno. Realizou ressonância magnética de crânio que evidenciou múltiplas lesões cerebrais (lesões nodulares localizadas no ângulo ponto cerebelar bilateralmente, medindo 2,9 × 2,5 cm à direita e 3,2 × 2,6 cm à esquerda, pequena lesão 1,1 × 1,7 cm periaquedutal à direita, lesão 1,8 × 1,6 cm circundando o terceiro ventrículo e outra lesão de 1,5 × 1,3 cm junto próximo ao ventrículo lateral esquerdo). As características das lesões levaram a hipótese diagnóstica de neurofibromatose tipo 1. Com vistas a diagnóstico diferencial com linfoma, foi realizado biópsia cerebral e estudo de espectroscopia por ressonância magnética localizada na lesão do ângulo ponto cerebelar esquerda que demonstrou redução do pico de colina e do pico de NAA, sugerindo processo neoplásico. Laudo de anatomopatológico confirmou linfoma maligno de grandes células e imuno-histoquímica confirmou linfoma de células B grandes (CD 20 positivas) com alto índice de Ki-67, compatível com linfoma difuso de grandes células B. Exames de sorologias virais e bioquímica afastaram causas de imunossupressão. Foi avaliado por equipe de oftalmologia que realizou exame oftalmológico completo e descartado alterações. Estadiamento foi realizado com tomografias computadorizadas com contraste em tórax, abdome total e pelve, todas sem evidência de lesões. Coleta de líquido cefalorraquiano com pesquisa negativa para células neoplásicas. Análise de medula óssea por meio de mielograma e imunofenotipagem, ambas sem evidência de doença. Sendo assim, confirmado linfoma difuso de grandes células B primário de sistema nervoso central. Foi realizado o protocolo quimioterápico R-MVP (Rituximabe, Metotrexato, Vincristina, Procarbazona) realizado todas as medicações exceto procarbazona devido a indisponibilidade no sistema único de saúde (SUS), total de 6 ciclos. **Resultados:** Paciente não apresentou nenhuma intercorrência durante o tratamento, nenhum sinal ou sintoma e também nenhuma alteração laboratorial. Foi encaminhado para o serviço de transplante de medula óssea autólogo mas não foi realizado com a justificativa de que no serviço SUS o transplante é realizado apenas na segunda remissão. **Discussão e conclusão:** No momento encontra-se em seguimento clínico, realizou PET-TC de controle com remissão completa da doença. Melhora completa

da cefaleia mas persistência da turvação visual no campo lateral sem comprometimento das atividades diárias e atividade laboral.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.409>

LINFOMA EXTRANODAL DE CÉLULAS T/NK TIPO NASAL: RELATO DE CASO

MS Santin, MM Walz, EC Munhoz, JFC Camargo,
JB Carvalho, NCG Rojas, AA Lobato, JSH Farias,
G Campos, MEB Abreu

Hospital Erasto Gaertner (HEG), Curitiba, PR, Brasil

Caso clínico: Paciente masculino, 32 anos, encaminhado em 07/2023 para HEG para investigação de síndrome linfoproliferativa. Previamente hígido, sem vícios, em investigação de obstrução nasal suspeita de pólipos nasais. Foi submetido à abordagem cirúrgica em 04/2023 com ressecção da massa. Paciente persistiu com obstrução nasal, além do surgimento de úlcera dolorosa em palato, sudorese noturna e febre aferida. A imunohistoquímica favorecia o diagnóstico de linfoma de células T/NK extranodal tipo nasal (ENKL). Paciente em internação apresentava laboratoriais sem alterações relevantes, sorologias negativas para hepatites B e C, HIV, HTLV. PCR EBV detectado 639 cópias/mL. Líquor sem acometimento. PET-CT demonstrava lesão expansiva na cavidade nasal medindo $80 \times 55 \times 60$ mm (SUVmax de 24,4), também com metabolismo em linfonodos cervicais, espessamento do corpo gástrico, linfonodos perigástricos, mesentéricos e áreas focais do cólon transverso. Diante do diagnóstico, proposto tratamento com 2 ciclos de SMILE modificado (Dexametasona 40 mg D1-D4, MTX 2 g/m² D1, etoposídeo 100 mg/m² D2-D4, ifosfamida 1500 mg/m² D2-D4, pegasparginase 1500 UI/m²) com início em julho de 2023 associado a tratamento radioterápico (40Gy/20fx em fossa nasal e palato). O primeiro ciclo resultou em toxicidade hematológica G4, hepática G2 e pancreática (pancreatite aguda G3) manejado apenas com medidas clínicas. O segundo ciclo foi marcado por náusea e vômitos G4, mucosite G3 e hiporexia G3, resultando em déficit calórico, necessidade de dieta enteral e posteriormente nutrição parenteral. Após indução apresentava ganho de peso e melhora dos sintomas B. PET em 09/2023 atingindo Deauville 2-3. Em 10/2023 foi submetido à transplante alogênico com irmão, 36 anos, HLA 12/12, condicionamento RIC com esquema BuFlu e posterior infusão de CTHP (6,2 × 10⁶ de CD34/kg) e imunoprofilaxia com CSA + MMF + CyPT. Recebeu alta hospitalar no D+21, boa evolução, com redução progressiva dos imunossupressores e submetido à manejo clínico de DECH crônico moderado de pele e boca. Atualmente paciente em recuperação de performance e em resposta completa, sem captação em PET-CT de 07/24. **Discussão:** O ENKL é uma neoplasia rara e agressiva, caracterizada pela infiltração na cavidade nasal e áreas adjacentes, está associado ao EBV e é mais prevalente na Ásia e América Latina. O diagnóstico é desafiador e depende de uma combinação de exames clínicos, histopatológicos e imunohistoquímicos. O tratamento do ENKL é complexo e envolve abordagens multimodais. O regime SMILE é frequentemente utilizado, porém possui alta

taxa de toxicidade, conforme demonstrado no caso em questão. No cenário em questão optamos pelo emprego do transplante alogênico como terapia de consolidação considerando o acometimento difuso da doença, envolvendo diversas topografias. Apesar dos avanços terapêuticos, o prognóstico do ENKL permanece reservado, com OS em 3 anos variando entre 30-50%. O manejo de efeitos colaterais é crucial para melhorar sobrevida e qualidade de vida dos pacientes. **Conclusão:** ENKL é uma neoplasia agressiva com um tratamento desafiador. A abordagem multimodal, combinando quimioterapia, radioterapia e, em alguns casos, TCTH alogênico, oferece a melhor chance de remissão e cura. No entanto, a toxicidade do tratamento continua sendo obstáculo significativo no cuidado desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.410>

IMPACTO DA CARGA VIRAL DO HIV E CONTAGEM DE CD4+ NA PROGRESSÃO E PROGNÓSTICO DO LINFOMA NÃO-HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B DUPLO EXPRESSOR

GGD Nóbrega^a, LGL Leite^a, NMES Alves^a,
MAOM Teixeira^a, YGS Medeiros^a, JFM Viana^a,
EUG Barbosa^a, IMI Rodrigues^b, MBF Pimenta^c,
FCF Pimenta^a

^a Faculdade de Medicina Nova Esperança
(FAMENE), João Pessoa, PB, Brasil

^b Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João
Pessoa, PB, Brasil

^c Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, João
Pessoa, PB, Brasil

Introdução: O linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B duplo expressor (DLBCL-DE) é uma variante extremamente agressiva do linfoma não Hodgkin, marcada pela coexpressão dos oncogenes MYC e BCL6, que promovem a proliferação celular descontrolada e a resistência à apoptose. Em pacientes HIV-positivos, a imunossupressão crônica associada à infecção pelo HIV aumenta significativamente o risco de desenvolvimento de linfomas, incluindo o DLBCL-DE. A carga viral elevada e a diminuição da contagem de linfócitos CD4+ são marcadores críticos que agravam a progressão da doença e pioram o prognóstico. A interrupção da terapia antirretroviral (TAR), essencial para o controle do HIV, pode levar a uma exacerbação da imunossupressão e ao aumento da carga viral, criando um ambiente permissivo para a oncogênese. Este relato de caso visa explorar como a agressividade do DLBCL-DE se correlaciona com a carga viral do HIV e a contagem de CD4+, destacando o impacto crítico da interrupção da TAR na manifestação e evolução da doença, fornecendo insights clínicos valiosos para a otimização do tratamento desses pacientes. **Relato de caso:** Paciente masculino, 30 anos, portador do vírus HIV há 6 anos, perdeu seguimento com a infectologia dois anos após o diagnóstico. Voltou ao serviço após interrupção da TAR apresentando carga viral acima de vinte mil cópias e contagem de linfócitos CD4+ < 200. Além disso, referiu dor abdominal, alteração do hábito intestinal, perda de 15 kg, sudorese noturna e hematoquezia