

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. 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