

LNH-CTCP com relação ao total de mortes por neoplasias aumentou 500%, de 0,02% (0,02% homens, 0,02% mulheres) para 0,12% (0,13% homens, 0,11% mulheres). **Perfil médio:** O perfil médio dos pacientes que evoluíram a óbito por LNH-CTCP foi de homem de aproximadamente 58 anos. **Análise:** Entre 1979 e 1998, não houve um aumento significativo na porcentagem (0,04% para 0,06%). O aumento passou a ser maior a partir de 1999-2003, com variação de 0,06% para 0,11%. A partir deste ano acima, as medições sofreram variações quase lineares, aumentando em média 0,03% a cada intervalo de medição, evidenciando a necessidade de tratamentos mais eficazes, uma vez que o aumento da porcentagem de casos aponta para doença mais grave, demandando intervenção para impedir que isto continue ocorrendo. **Conclusão:** Estudos que demonstrem e tragam conhecimento pela população afetada pela doença, bem como permitam identificar fatores de risco associados para o desenvolvimento de terapias futuras, são de fundamental importância. Além disso, estabelecer o impacto na sobrevida dos pacientes, tendo em vista os avanços das terapias em uso, bem como a boa qualidade de vida dos pacientes, é objetivo primordial na Medicina.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.448>

RELATO DE CASO: PACIENTE COM LINFOMA T/NK EXTRANODAL NASAL

MFG Severino, FO Moraes, L Rissi, LM Moraes, B Pavan, CH Dosualdo, AF Pedrão, CES Marçal, RGC Goiato, ALJ Silva, ALJ Silva

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivos: Descrever um caso de linfoma T/NK extranodal subtipo nasal. **Material e métodos:** Os dados foram obtidos a partir de entrevista e revisão de prontuário, com autorização do paciente. **Relato de caso:** Sexo masculino, 58 anos, trabalhador rural, apresentou quadro de perda ponderal de 20 quilos em um ano; evoluiu com lesão ulcerada em cavidade nasal, com invasão periocular esquerda e em palato mole. Realizada biópsia de lesão intranasal à esquerda em 20/10/23 com imunohistoquímica: CD3, CD20, CD56, EBER-I (EBV) positivos e CD20 negativo, Ki-67 90% compatível com linfoma T/NK extranodal. Realizado PET-CT (11/10/23) evidenciou acometimento em face, orofaringe, laringe, pregas vocais, linfonodos cervicais e abdominais (Estadio IV-E). Proposto protocolo SMILE (dexametasona, metotrexato, ifosfamida, L-asparaginase e etoposídeo). Nos exames pré-tratamento apresentou sorologia anti-HBc total e anti-HBs positivos (contato com hepatite B com soroconversão), com necessidade de profilaxia com entecavir. Paciente fez uso de diversos tratamentos com antibióticos devido infecção secundária em sítio tumoral, com melhora após administração de Meropenem e Linezolida; iniciado protocolo SMILE com primeiro ciclo em 29/10/23. Devido ao baixo aporte nutricional e impossibilidade

de passagem de sonda nasoentérica pelas lesões, optado por realizar gastrostomia como via alternativa de alimentação. Paciente evoluiu com piora clínica progressiva, com necessidade terapia intensiva 10 dias após iniciar protocolo quimioterápico, escalonamento de antibioticoterapia para polimixina B, necessidade de suporte ventilatório invasivo e droga vasoativa. Paciente veio a óbito em novembro/23 em decorrência das complicações infecciosas. **Discussão:** O linfoma T/NK extranodal é um subtipo de Linfoma não-Hodgkin relacionado ao vírus Epstein Barr, raro, compreende menos de 2% dos linfomas T. Desenvolve-se a partir de células natural killer (NK) - mais comum-, ou células T citotóxicas. A maioria dos linfomas T/NK ocorre na cavidade nasal e são denominados do tipo nasal, mas podem ocorrer em qualquer local. O sistema de estadiamento Ann Arbor é o mais indicado, e quanto ao prognóstico, IPI, KPI e o PINK são os modelos prognósticos e/ou preditivos mais utilizados. Existem vários tipos de esquemas quimioterápicos para tratamento. Quando a doença ocorre de forma localizada, é frequentemente tratada com radioterapia, com uma sobrevida em 5 anos de 70% dos casos. Já a doença em fase avançada pode ser tratada com radioterapia e quimioterapia, com sobrevida inferior, de apenas 40% em 5 anos. No caso do paciente relatado, foi optado por realizar protocolo SMILE, devido ao estágio avançado. Também pode ser feito P-GEMOX (peg-asparaginase, gencitabina, oxaliplatina), DDGP (dexametasona, cisplatina, gencitabina e peg-asparaginase) e em casos de pacientes que não toleram terapia de alta intensidade, pode ser realizado AspaMetDex (peg-asparaginase, metotrexato, dexametasona). **Conclusão:** O linfoma T/NK é um subtipo raro de linfoma T, com prognóstico reservado para os casos avançados. Esse relato descreve um caso com apresentação comum. Por se tratar de um linfoma agressivo, é importante que o diagnóstico seja feito precocemente e o tratamento correto seja instituído o mais breve possível.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.449>

FUSARIOSE INVASIVA APÓS TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA: UM RELATO DE CASO

RO Nalesso^a, NM Santana^a, CS Donini^b, BL Almeida^c, PP Neffá^a, EM Rego^a

^a Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR), São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^c Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As infecções fúngicas representam um importante desafio quando relacionadas a pacientes imunocomprometidos. Os fungos do gênero *Fusarium* sp. estão presentes no

solo, água e plantas, sendo que ocasionalmente podem infectar humanos. A fusariose é a segunda causa mais comum de infecções fúngicas nos pacientes imunossuprimidos. Os receptores de transplante autólogo de medula óssea não costumam apresentar alto risco de desenvolver esse agravo, principalmente devido à imunossupressão menos intensa quando em comparação ao transplante alogênico, no entanto, casos já foram descritos. **Objetivo:** Relatar caso clínico referente à fusariose invasiva após transplante autólogo de medula óssea. **Métodos:** Os dados foram obtidos após revisão do prontuário. **Caso clínico:** C.L.F, 36 anos, sem comorbidades prévias, diagnóstico em 2021 de Linfoma Difuso de Grandes Células B, subtipo ABC, EC IV. Realizada primeira linha com R-CHOP seguida por radioterapia mediastinal por persistência de doença em pericárdio. Evoluiu com progressão de doença dois meses após radioterapia. Realizadas linhas de tratamento subsequentes: 2ª linha com R-DHAOx, progressão após segundo ciclo e 3ª linha com pembrolizumabe associado à ICE. Após o sexto ciclo foi realizado PET/CT que evidenciou aumento do hipermetabolismo glicolítico em partes moles, realizadas biópsias que descartaram acometimento pela doença onco-hematológica, sendo então considerado como evento imunológico secundário ao uso do inibidor de checkpoint e iniciada corticoterapia. Foram realizados três ciclos adicionais com pembrolizumabe em monoterapia e encaminhada para transplante autólogo de medula óssea em resposta completa. Realizado condicionamento com Benda-EAM e infusão de células progenitoras periféricas em 19/07/2023, apresentou enxertia neutrofílica no D+14. Após ATMO evoluiu com complicações infecciosas, iniciando em 08/08/2023 quadro de lesões cutâneas necróticas disseminadas e sinusite com lesão de septo nasal, as quais sugeriam componente fúngico. Biópsias da pele e do septo nasal resultaram em dermatose linfo-histiocitária com focos supurativos, compatível com a hipótese clínica de fusariose invasiva. Apesar do tratamento com anfotericina B lipossomal e voriconazol, a paciente apresentou piora clínica relacionada ao acometimento pulmonar pela infecção fúngica, evoluindo à óbito em 20/09/2023. **Discussão:** Pacientes que apresentam neutropenia prolongada são de alto risco para fusariose invasiva. Foram descritas em estudos prévios incidências globais de 6/1000 casos relacionados a transplantes alogênicos e 1.5-2/1000 casos relacionados a transplantes autólogos. Ademais, é necessário levar em consideração o risco de infecções fúngicas associado ao uso de inibidores de checkpoint, tanto pela necessidade de associação de corticoterapia para controle de eventos imunológicos quanto pela linfopenia e neutropenia que podem causar. O prognóstico da infecção no contexto de transplante de medula óssea é muito pobre, principalmente por não haver tratamentos com altas taxas de sucesso. Apesar do desafio para o tratamento, foram alcançados bons resultados com uso de anfotericina B lipossomal e antifúngicos triazólicos. Apesar disso, discute-se que as medidas preventivas são mais importantes que a terapia antifúngica. **Conclusão:** É incomum a apresentação de

fusariose invasiva em pacientes pós transplante autólogo de medula óssea, no entanto, quando ocorre, apresenta importante desafio clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.450>

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B NO PERÍODO GESTACIONAL

LS Sampaio, LS Silva, LCS Castro, IV Oliveira,
LAC Camapum, MMLM Vasconcelos,
IM Teixeira

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE,
Brasil

Introdução: O linfoma não-Hodgkin (LNH) é uma neoplasia maligna prevalente mundialmente que engloba diversos subtipos, sendo o mais comum o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), que equivale a 25% dos casos de LNH no mundo. É uma patologia com predomínio masculino e que atinge uma média de idade de 64 anos, por isso, é menos frequente na gravidez. Os sintomas inespecíficos e a hesitação em realizar medidas invasivas em gestantes pode atrasar o diagnóstico e o tratamento. **Relato de caso:** Mulher de 26 anos com quadro de astenia progressiva há 06 meses, limitando deambulação, realizou hemograma que revelou anemia severa. Encaminhada ao hospital para transfusão e internação, onde apresentou hemorragia digestiva alta com necessidade de cirurgia de emergência (gastrectomia parcial e biópsia). Finalmente, após estabilização do quadro, foi de alta e teve resultado compatível com LDGCB com indicação de quimioterapia (QT), mas negou por questões estéticas. Após 7 meses, estava gestante e procurou emergência obstétrica por dor abdominal intensa, onde foi constatado feto vivo e massa abdominal de aproximadamente 20 cm de diâmetro. Em discussão conjunta com Hematologia e Obstetrícia, decidiu-se por iniciar QT com rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (R-CHOP) e programar parto cesáreo para 32 semanas. Paciente e filha foram de alta com seguimento ambulatorial para conclusão de ciclos de quimioterapia e radioterapia. Uma semana após término da QT, apresentou febre, dor e aumento do volume abdominal, sendo iniciado suporte clínico e reestadiamento. Devido à recidiva tumoral, foi indicado realização de esquema de resgate com rituximabe, ifosfamida, carboplatina e etoposide (R-ICE) ao qual a paciente se opôs por preferir abordagem cirúrgica. Porém, evoluiu com síndrome da lise tumoral e óbito. **Discussão:** Clinicamente, o LDGCB apresenta-se como uma massa sintomática de crescimento rápido, normalmente cervical ou abdominal, além de linfonodomegalia, sintomas B e aumento de LDH. O sítio primário extranodal mais comum é o trato gastrointestinal. O curso da doença é mais estável durante a gravidez e progride rapidamente após o parto. O diagnóstico baseia-se na realização de biópsia excisional de um linfonodo ou de outros sítios afetados. Geralmente, o