

principal esquema terapêutico consiste no R-CHOP. Nas gestantes, o tratamento varia conforme o período gestacional. No 1º trimestre, deve-se considerar a resolução da gravidez, tendo em vista os altos riscos de teratogenicidade dos quimioterápicos e de progressão da doença em caso de adiamento do tratamento. No 2º trimestre, considera-se o risco-benefício do início do tratamento, já que os efeitos teratogênicos nesse período ainda são incertos. No 3º trimestre, pode-se optar por induzir o parto e adiar o tratamento para o pós-parto ou iniciar o tratamento definitivo durante a gestação. Após o tratamento, cerca de 1/3 dos pacientes apresentam recidiva e 10% dos casos são refratários à terapêutica inicial. **Conclusão:** A abordagem do LDGCB em gestantes ainda é um grande desafio, tendo em vista os limitados estudos nesse grupo e os potenciais efeitos teratogênicos do tratamento. Diante disso, o manejo desta patologia deve ser executada conforme o período gestacional e a decisão conjunta entre gestante, obstetra e oncologista, avaliando o risco-benefício para o binômio materno-fetal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.451>

LINFOMA EXTRANODAL DE CÉLULAS T/NK TIPO NASAL: UM ESTUDO DE CASO

FS Rodrigues^a, MLM Martins^a, GLS Cordeiro^a,
VC Monici^a, CCB Silva^a, MDS Montenegro^a,
SMCBP Jesus^b, MMAS Arruda^b

^a Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Sírío-Libanês de Brasília (HSL Brasília),
Brasília, DF, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células T/NK é um subtipo raro e agressivo de Linfoma não-Hodgkin que acomete principalmente populações asiáticas e latino-americanas. Comumente afeta regiões extranodais, em especial a cavidade nasal, e pode ser causador de uma apresentação rara que, anteriormente, era denominada “granuloma letal de linha média”. Em geral, tem como patogênese a infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV), tendo apresentação mais branda, caso localizado apenas na cavidade nasal, mas pode ser mais agressivo, se localizado além da cavidade nasal. **Objetivos:** Este trabalho visa a descrever o caso clínico de um paciente com Linfoma de Células T/NK extranodal (tipo nasal) destacando os tratamentos realizados e a resposta às terapias, considerando a idade do paciente. **Relato de caso:** Homem de 80 anos, previamente hipertenso, dislipidêmico, diabético tipo 2 e hipotireoideo, busca atendimento médico devido ao surgimento de uma massa de rápido crescimento em região de pálpebra inferior de olho direito. Paciente nega sintomas B associados. Realizada biópsia incisional da lesão, compatível com Linfoma de Células T/NK extranodal nasal. O paciente foi submetido a PET-CT para estadiamento da doença que evidenciou lesão expansiva com realce pelo meio de contraste e discreta atividade metabólica (SUV = 4,4) em partes moles da região

periorbitária inferior direita, medindo cerca de 2,7 × 1,2 cm. Ausência de linfonodos com aumento significativo da atividade metabólica. Dessa forma, evidenciou-se estadiamento clínico localizado (IA). O paciente foi tratado com protocolo VIPD, tendo obtido Resposta Completa após o tratamento. Cinco meses após o término do tratamento, entretanto, o paciente evoluiu com recaída de doença (nova lesão em rino-faringe). Paciente realizou tratamento com radioterapia local (10 frações de 3Gy) e, após, um ciclo de DDVP. O paciente apresentou neutropenia febril com choque séptico e foi optado por suspender este tratamento de resgate e realizar tratamento alternativo com Pembrolizumabe. Após 2 ciclos, paciente atingiu resposta completa. Atualmente, cinco meses após o início do protocolo com Pembrolizumabe, o paciente segue em resposta completa. **Discussão:** O tratamento convencional para Linfoma de Células T/NK em estágio IA geralmente inclui radioterapia local e quimioterapia, tendo uma sobrevida livre de progressão de 5 anos entre 73%-89%. O paciente respondeu de forma satisfatória ao tratamento inicial, porém evoluiu posteriormente com recidiva da doença. Foi optado por iniciar tratamento de resgate com Pembrolizumabe, um inibidor de PD-1, protocolo de tratamento em estudo para casos refratários de Linfoma de Células T/NK nasal. Para este paciente idoso, com múltiplas comorbidades e alta toxicidade à quimioterapia (neutropenia febril com choque séptico), o novo tratamento proporcionou sobrevida livre de progressão de doença e melhor qualidade de vida diante de uma doença rara e agressiva. **Conclusão:** O caso apresenta um tratamento de resgate raro para Linfoma T/NK nasal, com uso de Pembrolizumabe, permitindo maior qualidade de vida para um paciente idoso. Trata-se de um caso relevante do ponto de vista acadêmico, tendo em vista se tratar de uma doença muito rara que teve boa resposta a um tratamento ainda pouco utilizado neste contexto.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.452>

LINFOMA DE BURKITT EM TRANSPLANTE CARDÍACO DE LONGO PRAZO: RELATO DE CASO

LFM Olivatto, ACR Marques, VOC Rocha,
MLRO Almeida, VL Costa, RCR Queiroz,
DD Souza, OCCG Baiocchi

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São
Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (PTLD) é um grupo de linfomas de células B mais frequente no primeiro ano após transplante. Entre indivíduos com transplante cardíaco, há uma incidência de 2 a 8% de desenvolvimento de PTLD. O linfoma de Burkitt é um linfoma de células B com alta taxa proliferativa, podendo ser o subtipo de apresentação desta doença. **Objetivos:** Relatar um caso de linfoma de Burkitt em paciente com histórico de transplante

cardíaco de longa data, destacando importância de monitoramento contínuo de pacientes imunossuprimidos e desafios terapêuticos deste perfil de PTLT. **Relato de caso:** Paciente masculino, 55 anos, com histórico de transplante cardíaco em 1995 indicado por miocardiopatia chagásica. Utilizou múltiplos esquemas imunossupressores por cerca de 30 anos, atualmente em uso de ciclosporina 100 mg/dia. Em 2019, evoluiu com rejeição crônica do enxerto, mantendo-se necessária a imunossupressão. Em abril de 2024, ele foi admitido em pronto-atendimento do Hospital São Paulo com quadro de dor abdominal difusa de início há 15 dias, constipação, hiporrexia e perda de peso, além de anúria há 12 horas. Realizada tomografia de abdome diagnóstica em 21/04/2024 com volumosa massa retroperitoneal à direita, infiltrativa e heterogênea, medindo 18 × 20 × 27 cm, envolvendo completamente rim direito, cólon transversal e cólon descendente. Hemograma inicial com hemoglobina 6,6 g/dL, leucócitos totais 4860/ μ L (1014/ μ L neutrófilos e 349/ μ L linfócitos) e plaquetas 88000/ μ L, associado a DHL 7824 U/L e ácido úrico 12,3 mg/dL. Dada a hipótese de linfoma de alto grau com envolvimento medular, realizado mielograma e imunofenotipagem de medula óssea, evidenciando células com alta relação núcleo-citoplasma, núcleo com cromatina frouxa e citoplasma vacuolizado; imunofenótipo demonstrou presença de 1% de linfócitos B maduros, clonais, que expressam os antígenos CD19, CD20, CD10, CD38, CD22 e cadeia leve lambda, favorecendo a hipótese de linfoma de Burkitt. Paciente evoluiu com choque hemodinâmico e cardiogênico, injúria renal aguda com necessidade dialítica e lise tumoral espontânea. Visto alta carga tumoral e fragilidade de paciente, optado por citorredução com dexametasona 40 mg/dia e ciclofosfamida 100 mg 12/12h, por 5 dias. Após 12 dias, observada tolerância adequada a toxicidades, iniciou-se esquema quimioterápico “R-hyper-CVAD”. No entanto, o paciente faleceu em 20/05/2024, devido à refratariedade ao tratamento de síndrome de lise tumoral, choque cardiogênico e sepse por *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase, apesar de tratamento com Ceftazidima/avibactam. **Discussão:** A maioria dos casos de PTLT ocorre no primeiro ano após transplante, com predominante relação ao transplante de órgãos sólidos. Há também correlação com o tempo de imunossupressão do indivíduo e status sorológico para EBV. O monitoramento é mais frequente no início do transplante, sendo prática comum o prolongamento do intervalo entre consultas médicas conforme o avanço do tempo pós-transplante. Todavia, este caso ilustra a importância do monitoramento contínuo em pacientes transplantados de longa data, pois a detecção precoce é crucial em doenças linfoproliferativas de rápida progressão. **Conclusão:** Este caso sublinha a importância da vigilância contínua em pacientes pós-transplante de longa data e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para o manejo de complicações hematológicas severas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.453>

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS E DESFECHOS DE PACIENTES COM LINFOMA B DE ALTO GRAU E TRANSLOCAÇÃO C-MYC NO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

AG Macias, DF Brasileiro, JAM Ramazoto, ST Oliveira, IAS Plentz, BM Borges, GF Colli, IA Siqueira, NS Castro, GZ Brandão

Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII, Barretos, SP, Brasil

Objetivos: Avaliar os desfechos clínicos de pacientes com Linfoma B de Alto Grau em uma coorte retrospectiva, comparando a sobrevida entre diferentes protocolos de tratamento. Secundariamente, investigar a influência das translocações BCL2 e BCL6 nos desfechos. **Material e métodos:** Estudo de coorte retrospectiva incluindo pacientes diagnosticados com Linfoma B de Alto Grau, tratados no Hospital de Câncer de Barretos entre 17 de fevereiro de 2020 e 22 de dezembro de 2023. Analisamos características clínico-patológicas, protocolos de tratamento e desfechos. A sobrevida global e livre de progressão foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier e comparadas pelo teste de *log-rank*. **Resultados:** Foram incluídos 29 pacientes, dos quais três não receberam tratamento. A idade mediana foi de 51 anos (mínima 22, máxima 83), com distribuição equilibrada entre os sexos (15 masculinos, 14 femininos). A maioria dos pacientes (72,4%) apresentava-se em estágio avançado da doença. Entre os pacientes tratados, o protocolo R-CHOP (Rituximabe, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisona) foi o mais utilizado (38,5%), seguido pelo R-DAEPOCH (Rituximabe, Dose-Ajustada de Etoposídeo, Ciclofosfamida e Doxorrubicina, Prednisona e Vincristina) (30,8%) e outros protocolos (30,8%). A profilaxia do sistema nervoso central foi realizada em 65,5% dos pacientes. Observamos taxa de resposta completa de 37,9%, refratariedade de 41,4% e mortalidade de 55,2%. As análises de sobrevida demonstraram uma sobrevida global em 48 meses de 70% para R-DAEPOCH versus 14,3% para R-CHOP ($p = 0,17$). A sobrevida livre de progressão não foi relatada separadamente, pois apenas um paciente apresentou recidiva antes do óbito, resultando em taxas idênticas às da sobrevida global. Identificamos 24,1% de casos com translocação de BCL2 e 6,9% com translocação de BCL6. Não houve diferença estatisticamente significativa na sobrevida global ($p = 0,51$) entre pacientes com ou sem estas translocações. **Discussão:** Nossos resultados corroboram a natureza agressiva dos Linfomas B de Alto Grau, com altas taxas de refratariedade (41,4%) e mortalidade (55,2%). A maioria dos pacientes (72,4%) apresentava-se em estágio avançado, possivelmente refletindo atrasos no diagnóstico, comuns em serviços públicos de saúde. Apesar do viés de seleção do tratamento baseado em performance status, idade e comorbidades, observamos uma tendência de superioridade do R-DAEPOCH sobre o R-CHOP (sobrevida global em 2 anos: 70,0% vs 14,3%, $p = 0,17$). Embora não estatisticamente significativa, esta tendência alinha-se com