

CD79a. O estadiamento inclui exames de imagem e biópsia de medula óssea. **Objetivo:** O objetivo deste relato de caso é compartilhar uma experiência clínica rara sobre linfoma primário do sistema nervoso central, contribuindo para a compreensão da doença e oferecendo insights sobre apresentação, diagnóstico, tratamento e evolução. **Relato de caso:** Mulher, 52 anos, sem comorbidades, apresentou cefaléia fronto-temporal esquerda intensa há um ano e meio, com piora progressiva e um episódio convulsivo tônico-clônico generalizado. A RNM revelou lesão expansiva extra-axial no epicentro passar esquerdo, comprometendo o cavum de Meckel ipsilateral e com extensão para a cisterna pré-pontina e conduto auditivo interno ipsilateral. A lesão tinha hipossinal em T2, intensa impregnação pelo contraste e mediu cerca de 40 mm. A artéria carótida interna estava encarcerada pela lesão, com leve redução do calibre e mínima extensão para a sela. A biópsia mostrou infiltrado por células linfoides intermediárias, com imuno-histoquímica positiva para CD20, CD3, CD10 localmente, BCL2, CD21, CD23 e negativo para Ciclina D1, Ki67 20%. Tomografias de estadiamento não mostraram massas ou linfonodomegalias. Iniciou-se o tratamento com protocolo R-MVP e citarabina em altas doses. Após a quimioterapia, a RNM mostrou resposta completa e o paciente foi encaminhado para transplante de medula óssea. **Discussão:** Este caso ilustra a importância do diagnóstico precoce e a identificação dos fatores prognósticos, como idade > 60 anos, ECOG > 1, aumento DHL e hiperproteínoorraquia. O tratamento requer uma combinação de quimioterapia que contenha metotrexato, além da possibilidade de radioterapia, embora, a neurotoxicidade relacionada a essa terapia seja um obstáculo para ampla utilização, principalmente em pacientes jovens. O transplante de medula óssea pode levar a uma resposta completa. **Conclusão:** O diagnóstico precoce e tratamento imediato são cruciais para o sucesso no linfoma primário de sistema nervoso central. A análise detalhada dos fatores prognósticos e a escolha criteriosa do tratamento são fundamentais para obter melhores resultados. Relatos de casos como este são valiosos para aprimorar o conhecimento e desenvolver novas estratégias terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.469>

RELATO DE CASO: LINFOMA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS T COM COMPROMETIMENTO MEDULAR E APRESENTAÇÃO EM SÍNDROME DE VEIA CAVA SUPERIOR

LM Lorenzini^a, GCL Bellini^a, E Thomé^a,
GS Schramm^a, AC Molon^a, FL Silva^b,
HU Pedroso^{a,b}

^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

^b Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O linfoma linfoblástico de células T (LLT) surge de linfoblastos T precursores em vários estágios de diferenciação, ocorrendo mais frequentemente no final da infância, adolescência e início da idade adulta, com predominância

masculina de 2:1. Pacientes podem apresentar linfadenopatia cervical, supraclavicular, axilar, ou massa mediastinal. **Objetivo:** Relatar um caso de linfoma linfoblástico de células T com comprometimento medular e mediastinal e apresentação em síndrome da veia cava superior. **Relato de caso:** Paciente masculino, 5 anos, procurou atendimento devido a quadro de tosse, evoluindo para disfunção respiratória. Realizada tomografia, revelou formação expansiva no mediastino ântero-superior direito, medindo 10,3 × 5,1 × 6,5 cm, em contato com a artéria pulmonar direita. Necessária intubação e posteriormente traqueostomia. A biópsia confirmou linfoma linfoblástico de células T. Iniciou-se indução conforme protocolo BFM ALL 2009. A nova tomografia mostrou trombose venosa na veia jugular superficial esquerda e veia ázigos. Após 11 dias de indução, a massa foi reduzida para 7,1 × 6,1 × 3,4 cm e as trombozes foram resolvidas. Contudo, angiotomografia revelou trombose na confluência das veias jugular interna e subclávia esquerda e redução de calibre da veia braquiocefálica esquerda. A veia cava superior também apresentou trombose. O tratamento continuou com anticoagulação e seguimento do protocolo de quimioterapia com bloco IB. A avaliação da remissão se deu por não haver mais tecido doente, apesar do tamanho da massa após intensificação, contudo, o paciente ainda apresentava repercussão pela compressão, por isso, foi realizada a remoção cirúrgica da massa. O paciente foi considerado em remissão e seguiu protocolo de quimioterapia. **Discussão:** A apresentação inicial de LLT com síndrome da veia cava superior é rara, representando cerca de 3% dos casos. O tratamento seguiu o protocolo BFM ALL 2009, iniciando com prednisona e poliquimioterapia. Durante o tratamento, o paciente desenvolveu complicações tromboembólicas, destacando a importância da vigilância precoce nos casos em que há compressão vascular significativa. Apesar das complicações, houve resposta inicial ao tratamento com redução parcial da massa mediastinal, além de resolução das trombozes venosas após ajustes terapêuticos. Mesmo com remissão da doença, o paciente necessitou de cirurgia devido a repercussões hemodinâmicas e ventilatórias da compressão da massa necrótica residual. **Conclusão:** Este caso destaca a complexidade do manejo clínico do linfoma linfoblástico de células T que se apresenta com síndrome da veia cava superior em um paciente pediátrico. A confirmação diagnóstica rápida, o início imediato do tratamento com quimioterapia intensiva e a conduta cirúrgica com a realização de traqueostomia foram cruciais para controlar a doença e mitigar complicações graves. Ajustes terapêuticos permitiram uma resposta inicial positiva, sublinhando a importância da vigilância contínua e adaptação do plano terapêutico para otimizar os resultados clínicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.470>

LINFOMA PLASMABLÁSTICO EM PACIENTE NÃO INFECTADO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO

PBT Ernesto^a, JIOD Santos^a, LEL Leite^a,
WAPA Júnior^a, RIN Rocha^a, RA Assis^a,
JO Vieira^b, CWBC Pires^b, MFH Costa^b

^a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Recife, PE, Brasil

^b Hospital das Clínicas de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Introdução: Considerado um subtipo agressivo de linfoma difuso de grandes células B, o Linfoma Plasmablastico (LPB) é definido pela presença de células neoplásicas CD20-negativo e com fenótipo plasmocítico. A doença é tipicamente extranodal e tipicamente encontrada em adultos imunossuprimidos, particularmente aqueles com infecção por HIV ou recebendo terapia imunossupressora, além disso, maioria dos casos de LPB mostra coinfeção pelo vírus Epstein-Barr (EBV). O diagnóstico é através do estudo histopatológico da lesão extra nodal identificada, junto com a coloração da imuno-histoquímica (IHQ). Complementando a investigação, o estado imunológico do indivíduo deve ser investigado, além da pesquisa de infecção pelo HIV e EBV. **Objetivo:** Contribuir para melhor entendimento dessa doença rara. **Métodos:** Levantamento de dados em prontuário e revisão da literatura. **Relato do caso:** M.A.P. sexo feminino, 39 anos, encaminhada ao serviço de hematologia após resultado de histopatológico e IHQ em amostra de lesão primária em parede posterior da bexiga vista em Ultrassom transvaginal. Biópsia de peça evidenciava neoplasia plasmablastica de alto grau com infiltração difusa e em IHQ mostrando marcadores CD138+, MYC+, BCL2+, KAPPA, KI67+ 100%, CD3-, CK7-, CD23-, CD30- e CD10-. Após laudo, concluído diagnóstico de linfoma plasmablastico de alto grau. Apresentou sorologia negativa para HIV. Paciente queixava-se de hematúria persistente, episódios febris e perda ponderal. Em estadiamento por PET/CT mostrava hipermetabolismo glicolítico em massa sólida em parede da bexiga, além de linfonodomegalias ilíaca comum direita, ilíaca interna comum direita e ilíaca externas bilaterais. Proposto inicialmente poliquimioterapia com protocolo EPOCH (prednisona, doxorrubicina, vincristina, etoposídeo, ciclofosfamida). Atualmente encontra-se no terceiro ciclo do tratamento quimioterápico, porém refratária ao esquema. **Discussão:** O caso relatado possui algumas particularidades como o fato de apresentar-se como formação expansiva em bexiga e ser um paciente com sorologias negativas para HIV. A partir dos dados limitados disponíveis, não há terapia sistêmica baseada em evidências aceita para PBL devido à raridade desta doença. Recomendações de grupos científicos apontam para o uso de protocolos como EPOCH, CODOX-M/IVAC e hyper-CVAD/MA. Estudos com bortezomib e lenalidomida demonstraram resultados promissores. **Conclusão:** Por ser uma doença rara e agressiva, há a limitação de acesso à informações devido escassez de estudos. Novos trabalhos sobre essa doença rara necessitam ser feitos para elaboração de terapias alvo, visto baixa expectativa de vida desses doentes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.471>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR LINFOMA NÃO-HODGKIN ENTRE 2013 E 2023 NO SUDESTE

SB Nunes ^a, JS Cardoso ^b, VDN Ladeira ^a, CC Leite ^c, GV Forte ^d, SR Teixeira ^e, JAA Oliveira-Neto ^f, MS Veloso ^g, LHMSG Gracioli ^h

^a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

^b Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Caetano do Sul, SP, Brasil

^c Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil

^d Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mineiros, GO, Brasil

^e Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Montes Claros, MG, Brasil

^f Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Vilhena, RO, Brasil

^g Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida (FESAR), Redenção, PA, Brasil

^h Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico das internações por linfoma não-Hodgkin (LNH) na região Sudeste. **Material e métodos:** Refere-se à um estudo quantitativo, documental retrospectivo e descritivo, realizado a partir de informações referentes ao Perfil epidemiológico das internações por Linfoma não-Hodgkin diagnosticados no período de 2013-2023, disponíveis no banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), pelo CID 10. Nesta pesquisa foram utilizadas as variáveis: região, cor/raça, caráter de atendimento, faixa etária e sexo, sendo realizado um comparativo acerca do número de casos por ano na região sudeste do país. **Resultados:** As internações por linfoma não-Hodgkin, de 2013 a 2023, se concentraram na região Sudeste (48,45%), já o menor número foi na região Norte (3,39%) do país. No Sudeste, as internações mais prevalentes foram as das etnias branca (54,24%) e parda (31,54%). O número total de atendimentos cresceu progressivamente, exceto em 2020, tendo sido o ano com maior número de internações em 2023 (9,85%) e o menor em 2013 (7,35%). Ademais, as internações por caráter de atendimento em situação de urgência representaram 62,56% do total de atendimentos, sendo crescente e tendo seu ápice no ano de 2023 (9,88%). O grupo etário mais atendido varia, mas observa-se que as faixas de 50 a 59 anos e 60 a 69 anos têm números expressivos de atendimentos, sendo os valores 18,48% e 20,04% respectivamente. As faixas etárias mais jovens, < 1 ano (0,05%) e 1 a 4 anos (2,11%), apresentam números mais baixos. O total de internações masculinas foi 50.145 (58,50%) e o total de internações femininas foi 35.568 (41,50%), somando 85.713 internações no período de 2013 a 2023. **Discussão:** Os linfomas não-Hodgkin são neoplasias malignas originadas de mutações nas células linfoides progenitoras. A predominância de internações no Sudeste deve-se a maior densidade populacional, acesso a serviços de saúde especializados e maior capacidade de diagnóstico. O ano de 2020 mostra uma leve queda em comparação com anos anteriores, possivelmente devido ao impacto das restrições de saúde pública e ao redirecionamento de recursos de saúde para a COVID-19. A prevalência na etnia branca e parda sugere uma associação genética, ambiental e variação na resposta imunológica. A prevalência em homens pode ser explicada por diferença biológica e hábitos de vida que influenciam no desfecho. Internações em caráter de urgência representam uma maior parcela, indicando que a busca por atendimento ocorre quando há sintomas avançados da