

baço palpável cerca de 4 cm do rebordo costal, sem linfonodos palpáveis. Os exames laboratoriais mostraram leucócitos $48.200/\text{mm}^3$, sendo 90% linfócitos, enzima lactato desidrogenase 300 U/L, Coombs direto negativo, e sorologias para o vírus da imunodeficiência humana, hepatite B e C, e vírus T-linfotrófico humano negativos. O esfregaço de sangue periférico identificou células de *Gumprecht* e células linfoides atípicas, raras e nucleares. A ultrassonografia abdominal total confirmou a esplenomegalia e fígado de dimensões normais. Dada a suspeita inicial de uma doença linfoproliferativa, foi realizada a imunofenotipagem por citometria de fluxo do sangue periférico, que foi compatível com LDGCB, com 80,0% de linfócitos, sendo 69,12% linfócitos B CD19+ e 10,71% linfócitos T CD3+. A biópsia de medula óssea (MO) confirmou o diagnóstico e a imunohistoquímica da MO mostrou CD3 negativo e CD20 positivo. Durante o acompanhamento, foi observada perda de peso de 10 kilogramas, além de artralgia em joelho e tornozelo, associada a edema de membros inferiores (MMII). Foi solicitado ecodoppler venoso de MMII, que não apresentou sinais de trombose venosa profunda ou tromboflebite superficial. Também foi realizada tomografia computadorizada de pescoço, tórax, e abdômen total, sem sinais de infiltração da doença. Nesse contexto, a paciente foi diagnosticada com LDGCB, estágio IVb de *Ann Arbor*, com infiltração isolada da MO e sem doença nodal. Como tratamento, foi prescrito R-CHOP. Após 5 ciclos de quimioterapia, o paciente obteve melhora clínica e hematológica, com redução dos sintomas e queda dos leucócitos totais para $5.440/\text{mm}^3$. **Discussão e conclusão:** Embora o LDGCB seja tradicionalmente associado ao envolvimento linfonodal, o caso relatado apresenta uma forma incomum da doença, sem comprometimento evidente dos linfonodos. O diagnóstico foi estabelecido por meio de biópsia da MO, associada a análises de imunohistoquímica e imunofenotipagem utilizando citometria de fluxo, uma vez que não foi possível realizar a biópsia excisional de linfonodo afetado. O exame físico e os exames de imagem realizados não identificaram linfonodos positivos para a doença. A resposta ao tratamento instituído corrobora com o diagnóstico inicial. Este relato de caso mostra uma apresentação atípica do LDGCB, ressaltando a necessidade de maior investigação sobre as diversas variantes da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.499>

LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO: RELATO DE CASO

ML Araujo^a, NDRL Monteiro^a, PBB Galrao^a,
BGF Pires^a, LM Araújo^a, NMO Almeida^a,
HTS Cruz^a, MSC Fragoso^a, AM Lima^b,
EMM Costa^a

^aCentro Universitário de Excelência (UNEX), Feira de Santana, BA, Brasil

^bFaculdade Ages de Medicina, Jacobina, BA, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células do Manto (LCM) é um subtipo raro de linfoma não-Hodgkin de células B, com formas agressiva ou indolente. Caracteriza-se pela translocação t

(11;14) (q13;q32), resultando na superexpressão da ciclina D1, que afeta o ciclo celular e a apoptose. Representa 5-7% dos linfomas não-Hodgkin, acomete principalmente homens de 64 anos em média, com sobrevida de 3-4 anos. O tratamento padrão inclui quimioterapia intensiva e manutenção com anti-CD20. Casos refratários ou recidivantes podem usar inibidores da tirosina quinase de Bruton (BTKi), mas o prognóstico permanece reservado, mesmo com transplante de células-tronco. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente idoso com LCM grave, que recaiu após tratamento com R-CHOP e manutenção com Rituximabe, tendo excelente resposta ao uso de BTKi. **Metodologia:** Revisão do prontuário do paciente e pesquisa bibliográfica. **Relato de caso:** Paciente R.R.B., masculino, 63 anos, de Serrinha-BA, atendido em unidade privada de hematologia em Feira de Santana-BA, com perda ponderal, febre baixa intermitente e cefaleia em junho de 2020. Hemograma: hemoglobina de 9,8 g/dL, leucocitose com blastos ($37.620/\text{mm}^3$) e plaquetopenia ($58.000/\text{mm}^3$). Exame físico: hipocorado +/++++; esplenomegalia. Imunofenotipagem de sangue periférico mostrou doença proliferativa de célula B. Biópsia medular e imunohistoquímica compatível com LCM. PET/CT revelou hipermetabolismo em linfonodos, esplenomegalia e hipercaptção no estômago e esqueletos. Estadiamento Ann-Arbor 4. Tratamento com R-CHOP iniciou-se em julho de 2020; após o 1º ciclo, desenvolveu neutropenia febril e pneumonia. Realizou 6 ciclos de quimioterapia com remissão completa em outubro de 2020. Rituximabe manutenção iniciou em março de 2021 a cada 2 meses. Em maio de 2022, após o 9º ciclo, foi diagnosticado em investigação de febre sem foco, tuberculose, resultando na interrupção temporária do tratamento e uso de COXCIB4. Tratamento com Rituximabe retomado em fevereiro de 2023. Em outubro de 2023, apresentou linfonodomegalia axilar esquerda. PET/CT evidenciou recaída da doença. A opção terapêutica foi BTKi de 2ª geração em novembro de 2023, com início do tratamento em janeiro de 2024. PET/CT de abril de 2024 revelou remissão completa. O paciente segue acompanhamento bimestral. **Resultados e discussão:** O LCM representa 5% dos linfomas não-Hodgkin, frequentemente diagnosticado em estágios avançados, 70% em estágio IV. O diagnóstico é confirmado por biópsia de medula óssea ou ganglionar e análise imunohistoquímica. O tratamento com R-CHOP e Rituximabe manutenção levou à regressão da doença. O perfil imunossupressor do Rituximabe pode predispor o paciente a infecções. O paciente apresentou tuberculose, suspendeu a terapia, o que pode ter contribuído para a recaída do LCM. A introdução do BTKi de 2ª geração, especificamente acalabrutinibe, mostrou excelente resposta terapêutica por apresentar menos efeitos colaterais ao alterar minimamente células não-alvo. Estudos indicam que o uso precoce dessa terapia em casos de recaída melhora a sobrevida global e de progressão. **Conclusão:** O LCM é frequentemente incurável, e a terapia deve considerar características clínicas, da doença e do paciente. Para este paciente idoso, a escolha do BTKi de segunda geração foi eficaz para tratamento de LCM recaído, destacando-se por ser uma droga mais seletiva, sendo uma opção terapêutica que traz aumento de sobrevida no cenário de pacientes com doença refratária e recidivada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.500>