

anos após o diagnóstico iniciou tumoração em região de reto, sendo avaliada com PET-TC, que mostrou linfonodomegalias pélvicas e captação em espessamento parietal do reto, além de hipermetabolismo glicolítico nos pilares amigdalíneos e linfonodos cervicais difusos, de provável natureza inflamatória. Por colonoscopia, a biópsia retal de lesão ulcerada demonstrou apenas processo inflamatório crônico ativo ulcerado, rico em eosinófilos, ausente em neoplasia, inclusive em revisão de lâmina. Em nova biópsia, a IHQ foi compatível com linfoma de células do manto (BCL2 +, BCL6 -, CD10 -, CD3 +, CD20 +, CD5 +focal, Cyclin D1 +). Iniciou tratamento com radioterapia, 18 sessões, associado à ibrutinibe 560 mg diariamente. Novo PET, 9 meses após início do tratamento, revelou ausência de linfonodomegalias pélvicas e da área de espessamento em reto, porém houve o surgimento de hipermetabolismo glicolítico em pequeno linfonodo mesentérico em flanco direito com SUV máximo 3,0, mantendo captação em pilares amigdalíneos e linfonodos cervicais difusos, mais provavelmente relacionado à processo de natureza inflamatória crônica. Foi optado por realizar controle evolutivo da lesão mesentérica com novo PET em 3 meses, ainda não realizado até a data de envio deste resumo. **Discussão:** O trato gastrointestinal é o sítio extranodal primário mais acometido entre linfomas não Hodgkin, representando 10-15% destes. Dentre eles, 6,4% têm o reto como localização. O caso em questão teve o acometimento retal apenas na recaída, sem doença nessa localização ao diagnóstico, sendo ainda mais raro tal acometimento. **Conclusão:** O linfoma de células do manto com acometimento gastrointestinal pode ser visualizado ao diagnóstico ou na recaída da doença, sendo de importante atenção no seguimento o surgimento de sinais e sintomas gastrointestinais mesmo após a resposta completa, conforme visualizado no caso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.502>

LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO QUIMIO REFRATÁRIO RESPONSIVO A IBRUTINIBE: RELATO DE CASO

ASA Silva ^a, TR Evangelista ^a, LGF Lima ^a,
ACC Lopes ^a, GSD Cortez ^a, AQMS Aroucha ^a,
VECB Dantas ^a, EMS Thorpe ^a, MP Cesar ^a,
MFH Costa ^{a,b}

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando
Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),
Recife, PE, Brasil

Introdução: Linfoma de Células do Manto (LCM) é clinicamente heterogêneo com cursos que variam de casos indolentes que não requerem terapia a casos agressivos com prognóstico ruim. Os pacientes geralmente apresentam linfadenopatias múltiplas, sendo a maioria diagnosticada com doença em estágios avançados. Manifestações extranodais ocorrem em 90% dos pacientes, incluindo medula óssea (53%–82%), sangue (50%), fígado (25%) e trato gastrointestinal (20%–60%). Os tratamentos atuais incluem imunoterapia, quimioterapia e transplante autólogo de células-tronco, com o objetivo de

remissão. **Objetivo:** Descrever caso de paciente com LCM refratário às opções de quimioterapia disponíveis no sistema único de saúde, obtendo resposta após início de ibrutinibe. **Relato:** Masculino, 53a, casado, agricultor (contato pontual com agrotóxicos), hipertenso, ECOG 1, com sudorese noturna e linfonodomegalias difusas com 18 meses de evolução e piora progressiva, além de histórico de transfusão de concentrado de hemácias após sintomas, foi admitido com resultado de punção aspirativa de linfonodo sugerindo de linfoma de células do manto. Ao exame físico, destacava-se esplenomegalia importante e adenomegalias cervicais, axilares e inguinais. Evidenciado anemia (7,5 g/dL), neutropenia (1.216/ μ L) e plaquetopenia (59.000/ μ L). Tomografias com múltiplas linfonodomegalias nas cadeias cervicais, supra e infraclaviculares, axilares, mamárias internas, mediastinais, mesentéricas, retroperitoneais e inguinais, destacando-se um conglomerado epigástrico medindo cerca de 13,3 $\times$ 6,1 cm no plano axial ao nível do tronco celíaco, envolvendo os vasos do tronco, porém sem estreitamento dos mesmos, bem como volumosa esplenomegalia homogênea (29,1 cm). PET-CT com doença linfoproliferativa supra e infra diafragmática e esplênica. Imunohistoquímica de biópsia excisional linfonodal com positividade difusa para CD20, BCL2, CD5 e Ciclina D1, com mesmo padrão acometendo a medula óssea, sendo compatível com linfoma não-Hodgkin de células do manto. Submetido inicialmente a ciclos de R-CHOP/R-DHAP, porém negou internação hospitalar durante a infusão do 2º R-DHAP, sendo necessário recorrer a ciclos repetidos de R-CHOP (totalizando cinco ciclos). PET-CT posterior com resposta completa, mantinha citopenias. Antes de ser encaminhado para TMO autólogo, em função dos achados periféricos, nova biópsia de medula óssea (BMO) foi realizada e indicava infiltração por doença de base. Seguiu com 2 ciclos de DHA0x (por disfunção renal transitória durante infusão do DHAP anterior), porém PET-CT trouxe doença em atividade (Lugano 4). Como terceira linha, realizado GVD, porém sem sucesso clínico; seguia pancitopênico e PET-CT com progressão (Lugano 5), com BMO infiltrada pela neoplasia. Após a quimio refratariedade, foi solicitado início de ibrutinibe, apresentando resposta progressiva periféricamente até faixas de normalidade, com desaparecimento dos sintomas B, regressão importante das adenomegalias, além de resolução da esplenomegalia, após 3 meses de uso regular na dose de 560 mg/dia. **Conclusão:** A implementação de terapias direcionadas no cenário de recidiva/refratariedade (R/R), incluindo o inibidor de BTK (ibrutinib), melhorou os resultados para pacientes diagnosticados com linfoma de células do manto com doença recaída/refratária, como descrito no relato acima.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.503>

PERICARDITE INFLAMATÓRIA COMO COMPLICAÇÃO DE MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM: RELATO DE CASO

RDA Sgró, ALBR Soares, KP Urugo,
LST Papinutto, RL Almeida, BB Wigderowitz,
K Vicenzi, ASD Anjos, BS Sabioni, R Schaffel

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de
Janeiro, RJ, Brasil