

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 DHAP (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

Introdução: A MW é uma patologia indolente, linfoproliferativa e com fenótipo de linfócitos B. Caracterizada pela produção de IgM, que pode levar à discrasias sanguíneas. A apresentação de pericardite e derrame pericárdico na MW é incomum na literatura, devido ao curso indolente da patologia. **Objetivo:** Relatar quadro de pericardite inflamatória em paciente com MW após abandono de tratamento. **Relato de caso:** Paciente 38 anos, masculino, negro, com MW. No diagnóstico, a imunofenotipagem de sangue periférico mostrou 69% de linfócitos anômalos, com forte expressão de CD 19, CD 20, CD 79-B e CD 45; expressão moderada de CD 22, CD 23, IgM e kappa; e fraca de CD 25 e CD 11-C. A análise histopatológica demonstrou infiltração da medula óssea por linfoma com expressão de CD 20 e IgM, compatível com linfoma linfoplasmocítico. Realizou quimioterapia, porém não tivera resposta ao tratamento, além de ter perdido seguimento em 2021. Em 2024, interna com dispneia aos esforços moderados, evoluindo para dispneia aos mínimos esforços. Ao exame físico, apresenta edema em membros inferiores e abafamento de bulhas cardíacas. Realizada tomografia de tórax, que revelou aumento significativo da área cardíaca e o ecocardiograma transtorácico indicou derrame pericárdico importante, com sinais incipientes de restrição diastólica. Realizou-se pericardiocentese com drenagem de 760 ml de líquido sero-hemático. A análise do líquido apresentou LDH de 1260 U/L, proteína de 7,9 g/dL, leucócitos de $17.449/\text{mm}^3$ (63% polimorfonucleares), hemácias de $2.581/\text{mm}^3$ e culturas negativas. Os testes GeneXpert e BAAR foram negativos. A dosagem inicial de IgM era 6,7 g/dL. Iniciou-se tratamento com zanubrutinibe durante a internação, resultando em queda expressiva da IgM, agora 1,7 g/dL. O paciente manteve acompanhamento com a cirurgia cardíaca e o último ecocardiograma mostrou pericardite inflamatória efusiva, com aderência do pericárdio à parede anterior do ventrículo direito e à posterior do ventrículo esquerdo. Inicialmente, foi contraindicado qualquer procedimento cirúrgico no pericárdio, optando-se por tratamento conservador com colchicina associada a anti-inflamatório em alta dose. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** O linfoma linfoplasmocítico é geralmente uma patologia indolente e crônica, que requer a exclusão de outros tipos de linfoma para o diagnóstico. Costuma ocorrer em uma faixa etária mais avançada do que a observada no caso relatado, tornando o diagnóstico em pacientes mais jovens menos comum. Embora a pericardite constitutiva e derrame pericárdico possam ocorrer, são uma manifestação rara dessa doença. Um diagnóstico diferencial é essencial para identificar possíveis causas, como infiltração do pericárdio por *Mycobacterium tuberculosis* ou outros patógenos, incluindo vírus, bactérias e fungos. Além disso, deve-se considerar causas autoimunes, neoplásicas e a possibilidade de amiloidose secundária. O uso de inibidores de Bruton (IBTk), como o zanubrutinibe, tem se mostrado eficaz no tratamento desta patologia, com estudos demonstrando sua eficácia. No caso em questão, o zanubrutinibe, IBTk não covalente potente, proporcionou uma resposta clínica satisfatória, evidenciada pela redução significativa dos níveis de IgM. **Conclusão:** A MW é uma doença heterogênea que pode cursar com várias complicações ao longo do seu curso. Reconhecer as complicações e a indicação do tratamento da doença é essencial para o correto manejo dos pacientes.

LINFOMA NÃO-HODGKIN: ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES NA REGIÃO SUDESTE DE PACIENTES COM 60 ANOS OU MAIS ENTRE 2019 A 2023

JC Silva ^a, JS Cardoso ^b, SB Nunes ^c, EPS Borges ^d, LHMSG Graciolli ^e

^a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

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

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

^d Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, MS, Brasil

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

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico das internações por linfoma não-Hodgkin (LNH) na região Sudeste de paciente com 60 ou mais anos de idade. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo de caráter quantitativo, com base em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Foram analisados dados relativos a internações por Linfoma não-Hodgkin entre 2019-2023 em pacientes com 60 anos ou mais, na Região Sudeste. As variáveis utilizadas para realização de estatística descritiva foram: Faixa etária, sexo e cor/raça. **Resultados:** Dentre as internações, observa-se prevalência total e em cada unidade federativa do sexo masculino ($n=8.416$), correspondendo a 55,31% do total de internações. No período, o maior número de internações ocorreu no estado de São Paulo (54,45%), seguido pelo estado de Minas Gerais ($n=26,49\%$) e o menor no Espírito Santo ($n=5,42\%$). A maior ocorrência foi verificada na faixa etária entre 60 e 69 anos ($n=55,77\%$). Ademais, sobre a cor/raça, houve predominância da cor branca ($n=8.843$) e da cor parda ($n=4.240$) e menor número de internações registrados na cor amarela ($n=187$), apesar de 1.129 registros sem informação. **Discussão:** Globalmente, há maior incidência de LNH no sexo masculino, dado que corrobora os resultados encontrados, no período, na região Sudeste e em cada UF. Na literatura, descreve-se maior incidência desta condição em países desenvolvidos e maior mortalidade em locais com menor desenvolvimento socioeconômico. Na região Sudeste, o estado de São Paulo, que apresenta o maior Índice de Desenvolvimento Humano Municipal- IDHM (2021) foi o com o maior número total de casos, o que sugere tanto maior poder diagnóstico, quanto maior população absoluta. Apesar de o Rio de Janeiro apresentar o segundo maior IDHM, o segundo estado mais populoso é Minas Gerais, local com segundo maior número bruto de casos, o que propõe a associação entre distribuição populacional e prevalência de fatores de risco, como imunossupressão, vírus oncogênicos e radiação ionizante para tal distribuição. Quanto a cor/raça, o LNH é mais comum em indivíduos de cor branca, tanto em incidência quanto em mortalidade, com algumas variações a depender do subtipo: encontra-se na literatura maior prevalência de LNH de células B na cor branca e LNH de células T na cor preta. No Sudeste, diferentemente, ainda que haja maior número de casos registrados em pacientes de cor branca, o