

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

segundo maior registro é em pacientes de cor parda, resultado em consonância com a miscigenação brasileira. **Conclusão:** Nota-se, portanto, que o perfil epidemiológico das internações por Linfoma não-Hodgkin em pacientes com 60 anos ou mais, entre 2019 e 2023, na Região Sudeste, caracterizou-se por pacientes do sexo masculino, com predominância de maiores números absolutos no estado de São Paulo, e com maiores registros totais na cor/raça branca e parda- dados, em grande parte, em consonância com o descrito na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.505>

RELATO DE CASO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL RARO PARA MASSA RETROPERITONEAL

MS Santos^a, AM Lima^a, AB Macêdo^a,
LJL Moreira^a, RC Brito^a, TDM Oliveira^a,
CL Araújo^b, FG Figueiredo^b, JA Silva^b,
EMM Costa^{a,b,c}

^a Faculdade Ages de Medicina, Jacobina, BA, Brasil

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

^c Unidade de Alta Complexidade e Atendimento em Oncologia (UNACON), Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: A Doença Relacionada a Imunoglobulina G4 (DR-IgG4) é um distúrbio imunomediado fibroinflamatório raro que pode afetar vários órgãos. A incidência estimada de 0,78-1,39 por 100.000 pessoas/ano. A fibrose retroperitoneal é comumente encontrada na DR-IgG4. Atinge homens entre a 6ª e 7ª décadas de vida. Os critérios diagnósticos ainda não estão bem estabelecidos, pois a clínica é variada. O curso da doença tem sido alterado com uso de corticoides e imunossuppressores. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com massa retroperitoneal com suspeita de linfoma de alto grau, cujo diagnóstico foi de fibrose associada à DR-IgG4. **Relato:** Paciente masculino, 40 anos, de Andorinha-BA, procurou atendimento em unidade hematológica particular em outubro de 2023, com queixa de mal-estar, náuseas, redução de forças em membros inferiores e perda ponderal de 9 kg em 2 meses. No exame físico apresentava-se descorado (+/4+), com massa palpável em região periumbilical de cerca de 5 cm, indolor à palpação. Exames laboratoriais: hemoglobina 10,8 g/dL; leucócitos 4580/mm³; plaquetas 256 mil/mm³; creatinina 4,4 mg/dL; ureia 210 mg/dL; cálcio 9,1 mg/dL. Ultrassonografia evidenciou hidronefrose bilateral. Encaminhado ao nefrologista, que solicitou tomografia computadorizada de urgência. Foi evidenciada massa em região retroperitoneal em torno da aorta e das artérias ilíacas, englobando estruturas vasculares e segmentos médios de ambos ureteres, com redução do calibre da veia renal esquerda e sinais de nefropatia crônica do rim esquerdo, com possibilidade de fibrose retroperitoneal. O urologista indicou cateter duplo J e linfadenectomia cervical esquerda. O anatomopatológico foi negativo. Foi encaminhado ao hematologista, que solicitou uma biópsia aberta abdominal revelando presença de tecido fibroso associado à infiltrado inflamatório mononuclear crônico e ausência de malignidade. Referenciado à reumatologia com suspeita de

DR-IgG4, que durante investigação detectou níveis aumentados de IgG4 (214 mg/dL). Iniciou corticoterapia oral e Azatioprina, com regressão total dos sintomas em 2 semanas. Paciente manteve acompanhamento com reumatologista, nefrologista e urologista, e após 4 meses de tratamento, houve normalização da função renal e redução significativa da massa abdominal. Segue em programação para retirada de duplo J. **Discussão:** A DR-IgG4 pode afetar diversos órgãos. Há uma resposta imunológica anormal, com infiltração de células plasmáticas produtoras de IgG4 e subsequente fibrose podendo causar obstrução ureteral e insuficiência renal. Os pacientes são assintomáticos, mas em uma minoria há linfadenopatia acompanhada de sintomas sistêmicos, como febre e perda de peso, sendo importante considerar o linfoma e a leucemia como diagnósticos diferenciais. A identificação precoce é crucial para prevenir danos irreversíveis aos órgãos. A elevação sérica de IgG4 é um marcador importante para o diagnóstico, juntamente com o histopatológico. O tratamento padrão envolve o uso de corticoides, que são eficazes na maioria dos casos. O uso de Azatioprina e Rituximabe é uma alternativa farmacológica para terapias de manutenção com intuito de evitar recidivas e controlar a atividade da doença a longo prazo. **Conclusão:** O diagnóstico é desafiador pela possibilidade de simular outras doenças linfoproliferativas e a busca pelo diagnóstico é crucial para o tratamento e prognóstico do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.506>

PNEUMOCISTOSE EM PACIENTE COM LINFOMA GRAY ZONE: RELATO DE CASO

TR Evangelista, ASA Silva, LGF Lima,
MFH Costa, MCDM Cahu, AQMS Aroucha,
MP César, GSD Cortez, EMS Thorpe,
VECB Dantas

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

Introdução: Alguns casos com características morfológicas e fenotípicas sobrepostas ao Linfoma de Hodgkin clássico (LHC) foram reconhecidos, e a categoria de linfoma de células B - inclassificável - com características intermediárias entre o Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) e o LHC, também denominado linfoma gray zone, foi introduzido pela primeira vez no Classificação da Organização Mundial de Saúde em 2008 como entidade provisória. O termo "linfoma gray zone" deve ser restrito principalmente aos casos localizados no mediastino. **Relato:** Homem, 46a, perda de peso involuntária não quantificada, associada a astenia, dispneia, surgimento de tumoração torácica à esquerda há 1 ano e 3 meses. Realizou tomografia computadorizada de tórax, após 5m do início do quadro, que detectou massa no mediastino ântero-superior, com hipo realce ao contraste em contato com aorta ascendente medindo 12,1 × 8,0 × 11,0 cm, além de nódulos pulmonares compatíveis com implantes secundários medindo 2,3 cm. A biópsia de fragmento de massa torácica revelou proliferação celular atípica à custa de células intermediárias e grandes, em padrão difuso e infiltrativo, perfil