

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<sup>a</sup>, AM Lima<sup>a</sup>, AB Macêdo<sup>a</sup>, LJJ Moreira<sup>a</sup>, RC Brito<sup>a</sup>, TDM Oliveira<sup>a</sup>, CL Araújo<sup>b</sup>, FG Figueiredo<sup>b</sup>, JA Silva<sup>b</sup>, EMM Costa<sup>a,b,c</sup>

<sup>a</sup> Faculdade Ages de Medicina, Jacobina, BA, Brasil

<sup>b</sup> Centro Universitário de Excelência (UNEX), Feira de Santana, BA, Brasil

<sup>c</sup> 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/mm<sup>3</sup>; plaquetas 256 mil/mm<sup>3</sup>; 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

imunohistoquímico com expressão de CD20, característica de linfoma B de alto grau, com co-expressão de CD15 e CD30, ki-67: 75%, achados que sugerem linfoma da zona cinzenta (gray zone). Foi iniciado esquema DA-EPOCH com dose ajustada de Etoposide, Doxorubicina, Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisona. Após o primeiro ciclo, houve intercorrência infecciosa pulmonar que necessitou de abordagem pela cirurgia torácica por videotoroscopia com pleurectomia e segmentectomia parcial de lobo superior esquerdo, além de toracostomia com drenagem pleural. Realizou seis ciclos de quimioterapia, após 2 meses do término de quimioterapia, surgiu massa pleural na porção anterior e apical do hemitórax esquerdo em tomografia de tórax e confirmada em PET-CT de controle. Devido à progressão da doença, foi realizado novo estudo de massa mediastinal revelando características de LDGCB com expressão de CD30, iniciado protocolo com ifosfamida, carboplatina e etoposide (ICE). Além disso, apresentava queixa de tosse e dispneia, sendo realizado nova tomografia de tórax que evidenciou o surgimento de inúmeros nódulos pulmonares difusos em ambos os pulmões, medindo até 1,2 cm no segmento basal lateral do lobo inferior esquerdo, sugestivo de pneumocistose, sendo iniciado tratamento com sulfametoxazol-trimetoprim junto ao esquema quimioterápico. Finalizou tratamento para pneumocistose e concluiu 4 ciclos de ICE, PET-CT pós-tratamento com resposta completa. Atualmente, paciente se encontra em pré-transplante autólogo de medula óssea, aguardando via judicial brentuximabe. **Discussão/Conclusão:** : Trata-se de caso de linfoma gray zone que evoluiu com intercorrências infecciosas pulmonares, incluindo pneumocistose, que apresentou boa resposta ao tratamento instituído. Esses casos, assim como outros que levantam diagnóstico diferencial de LHC, podem apresentar desafios diagnósticos e terapêuticos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.507>

#### RELATO DE CASO: LINFOMA NÃO HODGKIN DE CÉLULAS B FOLICULARES EM PACIENTE COM DOENÇA DE CROHN

JLDV Carneiro, LLA Borges, NM Medeiros, RSR Giuliani

Hospital Beneficência Portuguesa de Santos (HBP), Santos, SP, Brasil

**Introdução:** Pacientes com Doença de Crohn (DC) apresentam um risco aumentado de malignidades, incluindo Linfoma não Hodgkin. Embora estudos indiquem um risco global de câncer semelhante ao da população em geral, há um aumento específico no risco de linfomas associados à DC, particularmente Linfoma não Hodgkin de células B. Fatores como inflamação crônica e uso de imunomoduladores podem contribuir para este risco. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com DC que após tratamentos para a doença apresentou Linfoma não Hodgkin de células B foliculares sendo submetido a tratamento com imunobiológico rituximabe apresentando remissão do linfoma. **Materiais e métodos:** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente e revisão de literatura. **Descrição do caso:** Paciente do

sexo masculino, 65 anos, com histórico de DC diagnosticada em 2013. A doença apresentou episódios recorrentes de suboclusão intestinal, dor abdominal e anemia. Colonoscopia em abril de 2017 revelou ileite erosiva moderada. Em julho de 2018, a enterotomografia indicou espessamento parietal e linfonodos periceais aumentados, com níveis elevados de calprotectina. O paciente foi tratado com ustekinumab desde 2018, após falha com mesalazina, imunossupressores e corticoterapia. Achados e Diagnóstico: Durante uma endoscopia digestiva alta de rotina em 2023, foi identificada uma lesão ulcerada rasa na segunda porção duodenal. O exame histopatológico revelou duodenite crônica ulcerada com hiperplasia linfoide folicular, e o estudo imuno histoquímico confirmou linfoma de células B foliculares grau 1-2. A tomografia por emissão de pósitron (PET/CT) revelou linfonodos hiper metabólicos intra-abdominais e cervicais bilaterais, sugerindo infiltração linfomatosa. Tratamento e Evolução: O paciente recebeu tratamento com rituximabe (1 vez por semana durante 4 semanas). A endoscopia subsequente mostrou nódulo remanescente na segunda porção duodenal, mas com duodenite crônica leve e linfocitose intraepitelial mínima. O PET/CT de acompanhamento não revelou lesões hiper metabólicas adicionais. O paciente foi reestadiado com ausência de evidências de linfoma ativo. **Discussão:** Discute-se o aumento de risco de Linfoma não Hodgkin em pacientes com DC em uso de imunossupressores. Pacientes com linfoma folicular em geral são acompanhados clinicamente e não necessitam de quimioterapia antineoplásica até ocorrência de sintomas “B”, sinais clínicos de aumento da massa tumoral ou comprometimento da função de outro órgão pelo linfoma. Existe uma variabilidade de esquemas terapêuticos empregados particularmente quanto ao momento da introdução do rituximabe. **Conclusão:** Este trabalho destaca a importância da monitorização contínua e do tratamento direcionado e mostra o sucesso da monoterapia com rituximabe no manejo de Linfoma não Hodgkin em pacientes com DC, evidenciada pela ausência de lesões hiper metabólicas na reavaliação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.508>

#### ATLL: DA HIPERCALCEMIA AO DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO QUANTO AO DESAFIO NO DIAGNÓSTICO DE UMA DOENÇA RARA E AGRESSIVA NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

MF Oliveira<sup>a</sup>, AJ Silva<sup>b</sup>, JMG Ferreira<sup>c</sup>, PHL Coelho<sup>a</sup>, ARTMF Mendonça<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch (M'Boi Mirim), São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

<sup>c</sup> Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** O linfoma/leucemia de células T do adulto (ATLL) é um tipo incomum de câncer do sistema linfático que se desenvolve a partir de células T maduras CD4+ CD25+. Esta neoplasia é causada pelo vírus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-1), um retrovírus. **Objetivo:** Relatar o caso de paciente internada de junho a outubro de 2023 no Hospital Municipal