

vida global média desses pacientes é de 0,2 a 1,5 anos. O padrão de tratamento dessa neoplasia é o protocolo CHOP (ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisona) combinado com o anticorpo monoclonal anti-CD20, rituximabe. Dependendo da resposta ao tratamento e dos sítios de localização do tumor, a radioterapia local também pode ser associada. Esses pacientes devem ser criteriosamente acompanhados, em razão dos efeitos colaterais e das complicações que podem surgir durante o tratamento, como no caso do nosso paciente, que apresentou hemorragia digestiva alta refratária ao tratamento clínico. **Conclusão:** O reconhecimento de LDGCB com variante c-MYC positivo como um subtipo distinto é importante porque a maioria dos pacientes segue um curso de doença agressiva e tem um mau prognóstico, de forma que esses doentes devem ser corretamente manejados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.388>

387

### LINFOMA NÃO-HODGKIN B DE ALTO GRAU COM EXPRESSÃO MYC/BCL6: EXPERIÊNCIA COM PROTOCOLO R-DA-EPOCH



R.B. Carneiro<sup>a</sup>, I.C. Scharff<sup>b</sup>, W.F. Silva<sup>b</sup>, W.A. Junior<sup>b</sup>, I.C. Scharff<sup>b</sup>, E.V.S. Oliveira<sup>a</sup>, A.E. Gauze<sup>a</sup>, A.N. Oliveira<sup>b</sup>, E.C.O. Coelho<sup>b</sup>, R.B.F. Macedo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal (FACIMED), Cacoal, RO, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Regional de Cacoal, Cacoal, RO, Brasil

**Introdução:** O linfoma não-Hodgkin (LNH) B de Alto Grau corresponde à um subgrupo agressivo e raro do Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) que compartilha características moleculares intermediárias entre o LDGCB e Linfoma de Burkitt (LB). A expressão MYC ocorre em 30 a 60% dos casos frequentemente associadas à translocação de BCL2 e/ou de BCL6. Tais características conferem ao tumor resistência à terapia padrão R-CHOP, alta taxa proliferativa e, conseqüentemente, pior prognóstico. **Objetivos:** Relatar a experiência satisfatória com protocolo R-da-EPOCH em LNH de Alto Grau de células B do centro germinativo com expressão MYC/BCL6. **Relato de caso:** Mulher, 52 anos, sem comorbidades prévias, apresentou perda ponderal de 4 quilos, sudorese noturna, astenia, nodulações em mamas, derrame pleural e linfonodomegalia inguinal com 2 meses de evolução. Ultrassonografia demonstrou nódulos mamários bilaterais Birads 4. Histopatológico de biopsia de linfonodo inguinal evidenciava infiltrado linfoide atípico com imunohistoquímica expressando CD20, CD3, CD5, BCL6, CD10, C-MYC e Ki67 (>95%), biopsias de nódulos mamários bilaterais apresentavam mesmo painel imunohistoquímico, podendo corresponder ao Linfoma de células B de alto grau sem outras especificações, Linfoma B de alto grau com rearranjos de MYC, BCL2 e/ou BCL6 ou Linfoma de Burkitt. Apresentava elevação de CA 125 em 327, tomografias com derrame pleural, linfonomegalias intratorácicas, espessamento parietal gástrico, discreta ascite e espessamento de peritônio irredutível. Biopsia de medula óssea negativa para infiltração linfomatosa, citologia oncótica de líquido com infiltração linfoide atípica, citologia oncótica de

líquido pleural negativo para células neoplásicas. Não foi possível realização de FISH (hibridação in situ por Fluorescência). Paciente classificada com IPI de alto risco, evoluiu com síndrome de lise tumoral espontânea pré-quimioterapia, sendo necessário internação em Unidade de Terapia Intensiva e hemodiálise. Após estabilização clínica, recebeu 6 ciclos de quimioterapia com R-da-EPOCH com administração de QT IT em cada ciclo, evoluindo com resolução completa da doença e negatização líquórica após o terceiro mês de tratamento. Segue em resposta completa após 5 meses de término de tratamento. Paciente recusa transplante autólogo de medula óssea. **Discussão:** Pacientes que apresentam linfomas DGCB com perfil de centro germinativo (CG), clinicamente agressivos, histologia intermediária entre Burkitt e DGCB e/ou duplo expressões para C-MYC, BCL2 ou BCL6 na imunohistoquímica, devem realizar FISH para MYC, BCL2 e BCL6, afim de caracterização quanto o subtipo *double* ou *triple* -hit. Essa classificação confere ao linfoma mau prognóstico e tem como característica a infiltração de sistema nervoso central, além de maior resistência aos quimioterápicos. A paciente apresentou expressão MYC/BCL6 com perfil CG, KI-67 (>95%), e devido a apresentação clínica agressiva, com rápida progressão da doença, infiltração em órgãos extra linfáticos, além de infiltração em SNC, e impossibilidade da paciente em realizar FISH, optou-se por conduzir como linfoma de alto grau. O tratamento preconizado é R-da-EPOCH (rituximabe, dose ajustada de etoposídeo, prednisona, doxorrubicina, ciclofosfamida e vincristina). A paciente respondeu bem ao tratamento proposto, com melhora nos exames de imagem, laboratorial e sintomatologia. Atualmente segue em resposta completa em acompanhamento ambulatorial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.389>

388

### LINFOMA NÃO-HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B DE ALTO GRAU PRIMÁRIO DE SNC EM IMUNOCOMPETENTE COM BOA RESPOSTA AO TRATAMENTO NÃO MIELOABLATIVO



C.R.O. Fernandes<sup>a</sup>, G.M. Queiroz<sup>a</sup>, R.B.C. Fagundes<sup>a</sup>, N.C. Carvalho<sup>a</sup>, M.D. Leão<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil

<sup>c</sup> Hospital do Coração, Natal, RN, Brasil

**Objetivos:** Relatar caso de Linfoma Primário de Sistema Nervoso Central (LPSNC) em paciente imunocompetente com boa resposta ao tratamento com Metotrexate, Rituximab, Temozolamida, Citarabina e Etoposídeo. **Relato de caso:** M.S., 42 anos, admitida em hospital com convulsões. Ao exame físico, apresentava-se agitada, presença de afasia de expressão, diplopia e dificuldade para deambular, sem outras alterações. Exames laboratoriais: hemograma sem alterações, sorologias negativas para hepatites, HIV e HTLV I e II, sem histórico progresso de imunossupressão. Primeira Ressonância Magnética (RNM) do crânio evidenciou lesões expansivas intra-axiais de limites mal definidos associadas

a edema vasogênico, localizadas na transição parietotemporal esquerda captante de contraste endovenoso. A segunda mostrou lesão de 3cm na região frontal esquerda circundada por edema vasogênico, efeito compressivo de corno anterior do ventrículo esquerdo e desvio contralateral de linha média cerca de 0,7cm e dois focos nodulares com realce medindo até 0,6cm na região nucleocapsular subependimária esquerda. Estudo anatomopatológico e imuno-histoquímico da lesão principal apresentou expressão focal para BCL2 +, BCL6+, Ciclina D1+, CD30+ e Ki-67 de 80%, favorecendo o diagnóstico de Linfoma de Células B de Alto Grau Subgrupo Não Centro Germinativo Primário de Sistema Nervoso Central. Realizados 10 ciclos quimioterápicos com altas doses de Metotrexate (MTX) e Rituximab, 6 ciclos com Temozolamida e 2 ciclos com Citarabina e Etoposídeo, além do uso de Dexametasona durante todo o período. Após os ciclos de quimioterapia (QT), RNM evidenciou remissão de doença. M.S. apresentou melhora da diplopia e da dificuldade de deambulação, permanecendo com parestesia à direita e leve diminuição cognitiva. **Discussão e resultados:** O LPSNC é um raro linfoma não-Hodgkin extralinfonodal, restrito ao parênquima cerebral, meninge, medula espinhal e/ou olhos. Tem como fator de risco as imunodeficiências, podendo estar relacionado também à doenças autoimunes, sendo raro em imunocompetentes. A apresentação clínica varia de acordo com a localização, sendo as principais manifestações déficits neurológicos focais, sintomas neuropsiquiátricos, aumento da pressão intracraniana, convulsões e alterações visuais. Sintomas B (febre, emagrecimento e sudorese) não são frequentes. Diagnóstico deve ser feito com RNM e estudo anatomopatológico. Acerca do tratamento, a recomendação atual é a indução com MTX em altas doses e Rituximab. A terapia de consolidação ideal não foi definida. As opções incluem QT não mieloablativa (Etoposídeo, Citarabina), QT de alta dose com transplante autólogo de células hematopoiéticas, radioterapia ou agentes direcionados. A avaliação da resposta com RNM é padrão e as taxas de recidivas são altas. Nesse caso, M.S. fez uso de terapia indução padrão e Temozolamida, em substituição da radioterapia, além de consolidação com Etoposídeo e Citarabina, apresentando Remissão Completa, sem evidência de doença na RNM. **Conclusão:** Apesar de não haver consenso acerca da terapia de consolidação, o tratamento demonstrou eficácia nessa paciente, com uma resposta completa. Houve desaparecimento da lesão, evoluindo com sobrevida de 16 meses após término da QT, até o momento, sem recidiva da doença e poucas sequelas neurológicas, sem necessidade de uso de medicação contínua.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.390>

389

### LINFOMA NÃO-HODGKIN: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS NA CIDADE DE JOÃO PESSOA NO PERÍODO DE 2013 A 2018

D.R. Sousa, L.G.D.N. Júnior, G.L.A.V. Carvalho, A.C.R.S. Mendes, K.F.O.D. Santos

Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa, PB, Brasil



**Introdução:** Linfoma não Hodgkin (LNH) é uma neoplasia hematológica com proliferação monoclonal das células linfoides que se apresentam de maneira indolente ou agressiva. A maioria dos casos não tem etiologia definida, porém sugere-se o envolvimento de fatores hereditários, ambientais, ocupacionais e dietéticos. O LNH pode apresentar padrão histológico e comportamento clínico diferenciado com casos inicialmente assintomáticos, entretanto podem apresentar pequenos achados como linfadenopatia periférica. **Objetivo:** Avaliar o perfil epidemiológico do Linfoma não-Hodgkin na cidade de João Pessoa-PB dentre os anos de 2013 a 2018. **Método:** Estudo descritivo transversal, sobre mortes por Linfoma não-Hodgkin, na cidade de João Pessoa-PB, no período de 2013 – 2018, conforme dados obtidos pelo departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATA-SUS). Foram eleitos os óbitos das principais faixas etárias conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) de acordo com a Causa – CID-BR-10: 048. **Resultados:** Por ser uma neoplasia que se espalha de maneira não ordenada há dificuldade de diagnóstico precoce. A incidência vem aumentando nas últimas quatro décadas, principalmente os linfomas agressivos, o que parece ser apenas parcialmente explicado pela maior incidência de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e pela exposição a fatores ambientais. Observou-se o total da amostra, 105 (100%) apresentando óbitos por Linfoma não-Hodgkin na cidade de João Pessoa. Sendo o número de óbitos entre 15 a 29 anos 10 (9,5%). Na faixa etária de 30 a 49 anos foi apontado 16 (15,2%) óbitos, enquanto na faixa de 50 a 69 anos, houve 39 (37,1%) óbitos. Na faixa etária com idade maior que 70 anos foi encontrado 40 (38%). Houve maior número de óbitos entre os pacientes do sexo feminino 62 (59,1%) em comparação ao sexo masculino 43 (40,9%). Na análise epidemiológica de raça foram encontrados nas etnias, branca 34 (32,3%), preta 2 (1,9%), amarela 1 (0,9%), parda 62 (59%), ignorado 6 (5,7%), indígena nenhum registro encontrado. **Discussão:** Percebeu-se a alta proporção de óbitos numa população com a faixa etária elevada, trazendo a necessidade de instituir ações públicas de saúde. O número de óbitos por LNH vem reduzindo nos países desenvolvidos, todavia, no Brasil, identifica-se um crescimento acentuado. Essa neoplasia representa um grupo heterogêneo de doenças, cujo diagnóstico, estadiamento e índice prognóstico são essenciais para melhor definição dos riscos e do plano de tratamento. **Conclusão:** O estudo epidemiológico é de suma importância para a coletividade médica, trazendo perspectivas para promoção de saúde pública que aumentem o diagnóstico precoce e medidas de prevenção. Ademais, são necessárias biopsia, punção lombar, tomografia