

quimioterápicos, defeitos genéticos, imunosenescência e a desregulação imunológica foram considerados fatores desencadeantes. As neoplasias secundárias induzidas por drogas, costumam ocorrer em média 5,5 anos, de forma variável de acordo com a idade, neoplasia e o tipo de tratamento para a neoplasia primária. Os pacientes com diagnóstico pregresso de Linfoma de Hodgkin, Mieloma múltiplo, exposição a radioterapia, portadores de doenças autoimunes, imunodeficiências primárias ou adquiridas e síndrome linfoproliferativa autoimune, parecem ser de maior risco. Por outro lado, a estimulação contínua do vírus EBV causa a desregulação e a proliferação anormal de células T, resultando em uma expansão clonal das células danificadas pela quimioterapia. A expressão de CD30 associada a infecção pelo EBV está associada a evolução desfavorável no LNHDGCB variante anaplásico. Parece provável que o LPCT possa derivar de células T com alterações genéticas e danos decorrentes da quimioterapia ou da estimulação viral crônica. No caso excluimos as patologias de maior risco, resta especular o papel das alterações relacionadas a expressão de MYC e BCL2 e /ou BCL6 e mutação TP53 no LNHDGCB variante anaplásico e ao efeito da quimioterapia, pois não foi possível realizar a pesquisa do EBV, no entanto atribuir a ocorrência prematura do LPCT, após remissão completa do LNHDGCB, ao efeito único da quimioterapia parece menos provável. **Conclusão:** O diagnóstico de linfomas de forma sincrônica é raro, o próprio LNHDGCB variante anaplásica é menos frequente, com características patológicas que o distinguem dos demais. A maioria evolui de forma agressiva. Casos de LNHDGCB variante anaplásico têm uma alta frequência de mutação TP53 e anormalidades genéticas de MYC, BCL2 e BCL6. Agressão imunológica causada pela quimioterapia podem favorecer o desenvolvimento de um segundo linfoma de linhagem distinta. Novos estudos são necessários para entender a patogênese e facilitar o diagnóstico precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.139>

LINFOMA GÁSTRICO DOUBLE HIT: RELATO DE CASO

MM Paulo^a, RC Bressa^{a,b}, JAN Bressa^{a,b}

^a Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP), Presidente Prudente, SP, Brasil

^b Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: O linfoma não-Hodgkin (LNH) é a neoplasia hematológica mais comum, mais frequente em homens e em países subdesenvolvidos. De acordo com estudo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), o LNH corresponde à 80% dos linfomas, destes 50% linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), com idade média de 59,6 anos, 33% de acometimento extranodal, 62% de doença avançada, IPI (Índice Internacional de Prognóstico) intermediário alto de 24% e alto de 19% para portadores de LDGCB. **Objetivos:** Relatar caso de paciente diagnosticada com LNHDGCB double hit gástrico durante investigação ambulatorial de síndrome dispéptica e sua abordagem.

Materiais e métodos: Levantamento de prontuário, descrição e discussão de relato de caso clínico, por meio de uma revisão integrativa utilizando bases de dados PUBMED, MEDLINE, BVS e SCIELO. **Relato de caso:** Feminina, 47 anos, sem comorbidades, com queixa de epigastria pós-prandial há 9 meses e perda ponderal de 15 kg no período, sem outros sinais e sintomas. Há 2 meses, em investigação com gastroenterologista foi realizada EDA com biópsia de lesão gástrica associada a painel imuno-histoquímico (BCL6, CD20, CD30, MYC e Ki-67 positivos) compatíveis com LNHDGCB gástrico com alto índice proliferativo, além de tomografia de abdome total com contraste, evidenciando infiltração em lobo hepático esquerdo e hilo esplênico (estádio IV), sendo encaminhada ao serviço de hematologia há aproximadamente 15 dias. Atualmente, paciente segue em programação de quimioterapia com R-da-EPOCH após término de isolamento contactante Covid. **Discussão:** O linfoma double-hit (LDH) é uma neoplasia de alto grau e agressiva, que integra o subgrupo de LDGCB e se traduz na translocação do gene MYC combinada à translocação gênica adicional de BCL2, BCL3, BCL6 ou CCND1. Nesses casos, há maior tendência de infiltração de medula óssea e sistema nervoso central, além de prognóstico reservado associado ao alto índice de proliferação celular, elevação de DHL sérica, acometimento acima de 70 anos, apresentação clínica em estágio avançado e má resposta terapêutica. O diagnóstico é realizado por meio de biópsia excisional do local suspeito, estudo imuno-histoquímico, e, preferencialmente, acrescido da pesquisa FISH (hibridação in situ por Fluorescência) para MYC, BCL2 e BCL6. O estadiamento obedece a classificação Lugano, baseada no antigo sistema Ann Arbor: envolvimento de região linfonodal única (I); duas ou mais regiões linfonodais do mesmo lado do diafragma (II); regiões linfonodais em ambos lados do diafragma (III); sítio extranodal fora do sistema linfático (IV). O tratamento quimioterápico envolve ciclos de R-da-EPOCH (rituximabe, dose ajustada de etoposídeo, prednisona, doxorubicina, ciclofosfamida e vincristina) a cada 21 dias. A Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH) considera R-da-EPOCH o tratamento padrão-ouro, porém, durante a pandemia Covid, diante da indisponibilidade de leitos e/ou bombas de infusão portáteis para tratamento ambulatorial, orienta levar em consideração a terapia com R-CHOP, seguido de estratégias de consolidação, que incluem TCTH, a fim de não atrasar o tratamento. **Conclusão:** O LNHDGCB double hit pode acometer jovens, em sítio extranodal e exige abordagem diferenciada por sua agressividade e alto grau associados a prognóstico reservado. Apesar disso, com as novas terapêuticas e estadiamento clínico precoce é uma neoplasia potencialmente tratável e curável, cujo tratamento pode se beneficiar do uso de técnicas citogenéticas para pesquisa de translocações gênicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.140>

LINFOMA LINFOPLASMÁCÍTICO SECRETOR DE IGG/KAPPA EVOLUINDO COM ANEMIA HEMOLÍTICA E INSUFICIÊNCIA RENAL

BLSA Lima^a, YA Medeiros^b, EA Fonseca^a, LFSK Pantoja^a, MA Pinto^a, VS Sirqueira^a,

