

LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS T ALK NEGATIVO EM OMBRO. RELATO DE UM CASO

AM Peixinho^a, BP Vasconcelos^a, JVL Amaral^a, CAC Vieira^a, JA Rena^a, DR Spada^a, LM Bellegard^b, MF Menin^a, ES Navarro^a, MG Cliquet^a

^a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

^b Conjunto Hospitalar de Sorocaba (SECONCI), Sorocaba, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas são neoplasias em que há proliferação e acúmulo de linfócitos nos linfonodos e órgãos linfáticos. Apresenta subgrupos como Linfoma de Hodgkin (LH) que apresenta a célula de Reed-Sternberg e difunde-se de maneira ordenada, enquanto os Linfomas não Hodgkin (LNH) de maneira desordenada. A maioria dos LNH são de células B (80%) porém alguns são de células T (10%). Dentre os de células T, há o anaplásico de grandes células T sendo 65-80% ALK positivo e 20-35% negativo. O linfoma não Hodgkin anaplásico de grandes células T (LNHAGCT) é caracterizado pelo seu curso agressivo, com sintomas sistêmicos e envolvimento extranodal. Pode ser diagnosticado por meio do exame imunohistoquímico, sendo importante também o exame clínico e PET-CT para estadiamento. Apresenta maior prevalência em homens jovens e pode estar relacionado a implantes mamários. O tratamento dos LNHAGCT pode ser realizado com esquema quimioterápico CHOP associado ou não ao etoposídeo. Existem ainda drogas alvo como inibidor específico da atividade da ALK, como o Crizotinibe que pode ser utilizado em pacientes ALK positivos. Entretanto, os ALK negativos, que apresentam pior prognóstico, necessitam de uma sequência diferente de tratamento, como quimioterapia, radioterapia para tratamento de doença “bulky” e transplante autólogo de medula óssea. **Objetivo:** Relatar um caso de LNHAGCT ALK negativo. **Método:** Avaliação de prontuário. **Relato de caso:** Paciente de 53 anos, do sexo feminino, encaminhada pela ortopedia para avaliação de tumoração no ombro e axila direita. Relatava que há 6 meses apresentava tumoração acompanhada de limitação do movimento, queimação e edema local, emagrecimento de 2 kg e sudorese noturna. Realizada biópsia da massa cuja Imunohistoquímica apresentou CD3, CD30 e CD45 positivo, ALK negativo e Ki-67 de 90%, caracterizando Linfoma não Hodgkin Anaplásico de grandes células T ALK negativo. Solicitado PET que detectou SUV 22,6 no úmero direito; 20,6 na axila direita; linfonodos axilares de 4,0 × 2,1 cm; DHL 1660 e Beta 2 microglobulina de 3456 mg/dL. As Tomografias mostraram massa de 9,5 × 7,2 cm em úmero direito com lise óssea, além de linfonodos retroperitoneais e axilares. Definindo estágio IVB. Prescrito tratamento com CHOEP por 6 ciclos a cada 21 dias e proposta terapêutica com radioterapia local (massa “Bulky”) e em seguida transplante autólogo. Foram realizados 6 ciclos com resposta clínica excelente com desaparecimento das lesões e no momento aguardando resultado de PET final. **Discussão e conclusão:** O linfoma anaplásico de grandes células T ALK negativo apresenta diagnóstico difícil, paciente por

vezes passa em vários médicos até chegar ao hematologista e iniciar tratamento. Trata-se de um linfoma agressivo com taxa de resposta inferior ao ALK positivo, portanto, a paciente necessitará de complementação de tratamento com radioterapia (massa “bulky”) e transplante autólogo de medula óssea, objetivando a cura do linfoma.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.168>

LINFOMA DE ZONA MARGINAL GÁSTRICO (MALT) – RELATO DE UM CASO

ABFK Lemos, DL Voltani, CAC Vieira, JA Rena, DR Spada, MG Cliquet

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas são neoplasias do sistema linfático e podem ser classificados em Hodgkin (LH) e não Hodgkin (LNH). Esses últimos são diagnosticados com maior frequência em pacientes com mais de 60 anos e tem discreto predomínio no sexo masculino. Existem dezenas de subtipos de LNH, sendo os mais comuns o Difuso de grandes células B e o Folicular. Cerca de 5% dos LNH são classificados como LNH de Zona Marginal (ZM). Podem ser Nodais, Esplênicos ou Extra nodais (EN). O LNH-ZM-EN que acomete mucosas é denominado Linfoma MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue). O linfoma da mucosa gástrica tipo MALT se inicia nos tecidos linfoides do estômago e está relacionado à infecção por *Helicobacter pylori*. É um linfoma de progressão lenta e pode ser curável em alguns casos. Algumas anormalidades genéticas estão presentes, sendo as mais frequentes a trissomia do cromossomo 3, detectada em até 60% dos casos, a translocação t(11;18)(q21;q21) em 30% a 50% dos casos. Ocorre uma fusão do gene inibidor de apoptose API2, resultando na inibição das proteínas pro-apoptóticas caspases 3, 7 e 9 e ativação do fator oncogênico nuclear KB (NF-KB) com desenvolvimento tumoral por ativação celular, proliferação e apoptose. A relação entre linfoma MALT gástrico e a infecção por *Helicobacter pylori* decorre da inflamação crônica que leva à proliferação inicialmente policlonal e posteriormente monoclonal. A maioria dos pacientes apresenta queixas dispépticas inespecíficas, sendo a dor epigástrica o achado principal, que ocorre em cerca de 70% dos casos. Outros sintomas sistêmicos podem ocorrer em casos mais avançados. **Objetivo:** relatar um caso de paciente com linfoma de zona marginal gástrico em início de tratamento. **Relato de caso:** Homem de 56 anos encaminhado no início de 2021, da gastro-oncologia com histórico de plenitude gástrica e vômitos pós prandiais há 1 ano, além de um emagrecimento de 11 kg. Ele não apresentava febre ou sudorese noturna. Em dezembro de 2021, foi feita uma endoscopia alta que mostrou úlcera infiltrativa endurecida, friável ao toque em corpo médio distal do estômago. O anátomo patológico mostrou a presença de *H. pylori* e determinou o diagnóstico de linfoma não Hodgkin de zona marginal do tipo MALT. A imuno-histoquímica: BCL2 e CD20 positivos e CD10, CD23, CD1 negativos e Ki67: 70%. Tratado com Claritromicida, Amoxicilina e Omeprazol evoluindo