

^a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

^b Faculdade de Medicina de Barbacena, Barbacena, MG, Brasil

^c Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora (ASCOMCER), Juiz de Fora, MG, Brasil

Objetivos: O linfoma é responsável por 2% das neoplasias testiculares em homens com menos de 50 anos e 25% de linfomas testiculares acima dessa idade. O reconhecimento e o diagnóstico do tipo histológico do linfoma testicular são importantes à medida que sobrevidas mais longas estão sendo alcançadas com os atuais regimes de quimioterapia. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relatar um caso de um Linfomas Não Hodgkin difuso de grandes células B (LNH-B DCG) com acometimento testicular em um paciente em acompanhamento no ambulatório de oncologia clínica e de quimioterapia de um hospital de referência. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo clínico, observacional, tipo relato de caso de paciente com LNH-B DCG com acometimento em região testicular. Foi realizada a coleta de dados do prontuário eletrônico após autorização e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). **Resultados:** Paciente de 71 anos, sexo masculino, foi admitido ao serviço de hematologia com queixa de pequena massa no testículo, irresponsiva à antibioticoterapia. A equipe médica optou pela realização de biópsia cirúrgica, identificando neoplasia invadindo testículo e anexos, composta por células redondas, indiferenciadas, de núcleos vesiculosos, com focos de trombose vascular, necrose e hemorragia. Foi realizado estudo imuno-histoquímico, diagnosticando infiltração por linfoma difuso de grandes células B, com imunofenótipo do tipo célula B não-centro germinativo (N-GCB), alto índice de proliferação celular (Ki-67), positividade para BCL2 e CD20 e negatividade para BCL6 e C-MYC. Para estadiamento, realizou-se PET-CT, biópsia da medula óssea e análise do líquido, constatando-se doença restrita à bolsa escrotal, estágio I e score IPI I, com medula e SNC negativos para invasão linfomatosa. Para o tratamento, foi realizada quimioterapia, profilaxia do SNC com metotrexato venoso em altas doses e radioterapia de consolidação. **Discussão:** O linfoma primário do testículo (PTL), 85% dos quais representados pelo LNH-B DCG, é um tipo incomum e agressivo de linfoma Não-Hodgkin (LNH), representando cerca de 1% das neoplasias malignas do sexo masculino e de 1% a 2% dos casos de LNH. Suas manifestações clínicas consistem em uma massa testicular firme, indolor e com tamanho médio de 6 cm. Clinicamente pode não ser evidenciado o envolvimento bilateral no diagnóstico, mas até 35% dos pacientes podem ter o acometimento do testículo contralateral durante o curso da doença. Apesar dos resultados negativos observados para invasão linfomatosa no SNC e na medula, o PTL possui marcante tropismo extranodal, sendo essas estruturas os principais sítios de recidiva, justificando a conduta profilática realizada. O prognóstico do PTL é considerado ruim, se comparado com os LNH de acometimento nodal. No entanto, a abordagem multimodal e holística do paciente tem melhorado o prognóstico dessa neoplasia, de forma que o acompanhamento individualizado e otimizado do paciente é essencial para a sua maior sobrevida.

Conclusão: O PTL é uma condição rara e de prognóstico desfavorável. O reduzido número de casos inviabiliza a existência de ensaios prospectivos, logo, o estadiamento e o tratamento são regidos por conhecimentos adquiridos em LNH's de outras localizações anatômicas e por conhecimentos de ensaios retrospectivos específicos. Assim, o presente relato traz um caso raro, pouco descrito na literatura, contribuindo para a condução de casos semelhantes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.179>

USO DE ACALABRUTINIB EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL COM LINFOMA DO MANTO R/R

JPR Oliveira ^{a,b}, DO Neves ^a, JLG Fidalgo ^a,
LS Tunholi ^a, YC Oliveira ^a

^a Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital São Vicente de Paulo, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Linfoma de células do manto (MCL) é uma doença rara, mais frequente em homens, com idade média ao diagnóstico de 68 anos. A terapia para MCL não é curativa e praticamente todos os pacientes terão doença refratária ou recorrente. Quimioimunoterapia é a principal modalidade de tratamento de 1ª linha, combinada à consolidação com transplante autólogo de medula óssea nos pacientes elegíveis. Mais recentemente, com a incorporação de novas drogas na prática clínica, há mais opções de tratamento a partir da 2ª linha, como os inibidores de tirosina quinase de Bruton (iBTK) e inibidor de bcl-2. **Objetivos:** Relatar um caso de paciente com MCL R/R, com histórico de transplante renal e uso de imunossuppressores, tratado com acalabrutinib com necessidade de ajuste de dose. **Relato de caso:** RCM, masculino, 70 anos, coronariopata, transplantado renal de doador cadáver em janeiro de 2018 devido a doença renal crônica dialítica por síndrome hemolítico-urêmica atípica em 2014, em uso de tacrolimus, micofenolato de mofetila e prednisona. Poucos meses após o transplante apresentou linfocitose (14.900) e esplenomegalia, sem sintomas B. Biópsia de medula óssea mostrou infiltração por MCL, positivo para CD20, BCL-2 e ciclina-D1. Na ocasião, o paciente encontrava-se assintomático e a doença foi caracterizada como MCL leucemizado e indolente, foi optado por acompanhamento ambulatorial. Após dois anos, apresenta linfocitose progressiva, aumento da esplenomegalia e trombocitopenia. Realizou tratamento com 6 ciclos de R-CHOP (até 29/10/2020), atingindo resposta parcial. Apresentava 2,73% de linfócitos B monoclonais ao final do tratamento. Devido ao uso concomitante de imunossuppressores para profilaxia de rejeição do enxerto renal, durante a pandemia de COVID-19, optou-se por não realizar manutenção com rituximabe. Apresentou recaída precoce, novamente com linfocitose progressiva e esplenomegalia 6 meses após o término do tratamento de 1ª linha. Em junho de 2021 iniciou tratamento de 2ª linha com iBTK de 2ª geração – acalabrutinibe 200 mg/dia. Atingiu resposta hematológica com rápida normalização da linfocitose e resolução

da esplenomegalia, porém evoluiu com diarreia crônica, perda de peso e desnutrição, com prejuízo à qualidade de vida. Diante dos possíveis diagnósticos diferenciais – infecção oportunista em paciente severamente imunossuprimido, infiltração colônica por linfoma ou toxicidade medicamentosa, foi submetido a colonoscopia, com resultado normal, tornando toxicidade medicamentosa a principal hipótese. A dose do acalabrutinibe foi reduzida para 100 mg/dia em 20/04/22. Desde então houve melhora da diarreia, o paciente voltou a ganhar peso e mantém resposta hematológica completa. **Discussão e conclusão:** Não há descrição de interação entre acalabrutinib e inibidores de calcineurina, sirolimus e micofenolatomofetil. A posologia recomendada de acalabrutinibe é 100 mg de 12/12h, de forma universal. Pacientes transplantados em uso de imunossuppressores não foram incluídos nos estudos clínicos que levaram à aprovação da droga para uso na prática clínica. Esse caso ilustra que em cenários específicos pode ser necessário realizar ajuste de dose para reduzir o risco de efeitos colaterais, sem prejuízo na eficácia do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.180>

LINFOMA DE CÉLULAS T DO ADULTO: UM RELATO DE CASO

FM Carlotto^a, AP Gelain^b, C Zanotelli^c,
D Weber^c

^a Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC),
Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre,
RS, Brasil

^b Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo,
RS, Brasil

^c Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo
Fundo, RS, Brasil

Introdução: O linfoma de células T do adulto é uma doença rara que acomete principalmente adultos e idosos. Tal doença apresenta diversas variantes clínicas que, em geral, conferem um mau prognóstico. Relatamos um caso de um paciente com essa patologia, assim como seu diagnóstico e tratamento. **Relato de caso:** Paciente masculino, 42 anos, previamente hígido, procedente do Maranhão, iniciou em janeiro de 2021 com lesões de pele. Na investigação inicial, apresentou sorologia reagente para HTLV I e II confirmada por Western blot, leucograma normal, sem hipercalcemia, demais laboratoriais sem particularidades. Tomografias computadorizadas evidenciaram linfonodos intraparenquimatosos. Realizou biópsia de uma das lesões, com anatomopatológico da lesão sugestivo de proliferação de células ovais na derme e epiderme e imunohistoquímica sugestiva de Linfoma de células T do adulto, CD4, de fenótipo Th2 e com expressão fraca e focal de CD30. Aspirado de medula óssea hiper celular, com envolvimento de doença linfoproliferativa de linhagem T. Iniciado tratamento para o vírus HTLV com zidovudina 900 mg e para o tratamento das lesões com fototerapia duas vezes na semana associada a ITF pegasys 180 mcg semanal devido ao estágio latente da doença. Evoluiu com aumento rápido de linfonodomegalias axilares e inguinais à esquerda, um ano

após início do tratamento, de forma que, em razão da progressão para doença sistêmica, foram realizados 6 ciclos de protocolo de quimioterapia CHOEP. No momento, paciente em acompanhamento e aguardando realização de transplante de medula óssea alogênico. **Discussão:** O linfoma de células T do adulto (LTA) é uma neoplasia de células T associada à infecção pelo vírus linfotrópico T humano, tipo I (HTLV-1). Estima-se 5-10 milhões de pessoas infectadas, porém, somente 5% desenvolvem LTA, em geral, após longo período de latência, no Brasil, geralmente 50 anos. A LTA é mais comum entre 40 e 70 anos de idade. Embora seja considerada uma das variantes de linfoma não Hodgkin de células T altamente agressivas, o curso da doença é variável e, às vezes, pode ser bastante indolente. Quatro variantes clínicas de LTA são descritas: aguda, linfomatosa, crônica e latente; cada uma destas entidades parecem ter diferentes alterações genômicas e cursos clínicos variados, bem como tratamento. Os critérios para o diagnóstico da LTA são a presença de anticorpos séricos para o HTLV-I; comprovação citológica ou histopatológica de linfoma de células T maduras com antígenos de superfície CD4+/CD25+; presença de linfócitos T anormais em sangue periférico ou medula óssea, principalmente das células “em flor”, que são consideradas características de LTA. A terapia geralmente é oferecida a pacientes com LTA aguda, do tipo linfoma ou do tipo crônico desfavorável. Em contraste, pacientes com LTA típica crônica ou latente são inicialmente observados com medidas conservadoras porque a quimioterapia convencional não parece melhorar sua sobrevida. As formas aguda, linfomatosa e tumoral primária de pele são as de pior prognóstico. **Conclusão:** O linfoma de células T do adulto é uma doença rara que apresenta uma heterogeneidade de manifestações clínicas e confere um mau prognóstico na maioria dos casos. Dessa forma, sua suspeição diagnóstica é necessária para que seja instituído o tratamento adequado de forma precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.181>

LINFOMA EM ÓRBITA OCULAR: RARA LOCALIZAÇÃO DE LINFOMA NÃO HODGKIN

FM Carlotto^a, AP Gelain^b, C Zanotelli^c,
D Weber^c

^a Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC),
Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre,
RS, Brasil

^b Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo,
RS, Brasil

^c Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo
Fundo, RS, Brasil

Introdução: O Linfoma Não Hodgkin (LNH) é a neoplasia maligna orbitária mais frequente. O subtipo mais comum é o linfoma extranodal da zona marginal do tecido linfóide associado à mucosa (MALT). Relatamos um caso de um paciente com diagnóstico de LNH variante folicular em órbita, assim como seu diagnóstico e tratamento. **Relato do caso:** Paciente feminina, 52 anos, hipertensa, diabética, iniciou em dezembro de 2020 com lesão na pálpebra e órbita e evoluiu