

no intuito de estabelecer não só progresso científico como também contribuir para maior sobrevida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.725>

LINFOMA PLASMABLÁSTICO COMO APRESENTAÇÃO DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE (DLPT)

ASA Silva, MESE Sá, MFH Costa, AQMS Aroucha, VECB Dantas, MCDM Cahu, EMS Thorpe, GSD Cortez, JO Vieira, ACC Lopes

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (DLPT) é uma entidade caracterizada por proliferação linfocítica anormal que ocorre em pacientes imunossuprimidos após transplante de órgãos. Sua patogênese está relacionada a um desequilíbrio entre a redução da vigilância imunológica das células T para evitar a rejeição do enxerto, com contribuição fisiopatológica da reativação de vírus oncogênicos, como o Epstein-Barr (EBV) nos linfócitos B, levando à proliferação descontrolada e transformação maligna. O linfoma plasmablástico (LPB) é um linfoma não Hodgkin de células B altamente agressivo frequentemente associado à imunossupressão, particularmente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Objetivo:** relatar o caso de paciente pós-transplante renal, com diagnóstico de linfoma plasmablástico como forma de apresentação de doença linfoproliferativa pós-transplante (DLPT). **Relato:** feminino, 38 anos, transplantada renal há 9 anos por nefrite lúpica e em uso regular de tacrolimus e azatioprina desde então, evoluiu com quadro de semiobstrução intestinal, com tomografia evidenciando múltiplas linfonodomegalias. Realizado histopatológico de produto de biópsia, que concluiu linfoma não-Hodgkin B com componente plasmablástico. PET-CT caracterizou linfonodomegalias mesentéricas, com espessamento parietal no corpo gástrico (SUV 8,2) e segmentar de alça intestinal ileal (SUV 17,7), determinando distensão do delgado a montante, e ainda lesão osteolítica no corpo do íliaco esquerdo (SUV 14,9). Sorologias para hepatites virais, sífilis, HIV, HTLV e toxoplasmose foram negativas, porém IgG para EBV e citomegalovírus foram reagentes. Ecocardiograma transtorácico não indicou alterações. Prescrito inicialmente esquema R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisona). Imunossupressores foram suspensos antes do início, com manutenção de prednisona 10 mg/dia. Após realização de 2 ciclos, paciente intercorreu com abdome agudo inflamatório por peritonite secundária a rompimento de parede intestinal, sendo submetida a enterectomia parcial com confecção de ileostomia. Posteriormente, retornou quimioterapia, mas com modificação das doses (adotado esquema R-mini-CHOP), totalizando 5 ciclos realizados até o momento. Pela necessidade de suspensão da terapia imunossupressora, houve piora dos níveis séricos de ureia e creatinina, com retorno da necessidade de terapia renal substitutiva. **Discussão:** o linfoma com componente

plasmablástico é uma entidade rara, por si só, o que dificulta a caracterização de padrões epidemiológicos e de comportamento clínico. De maneira mais clássica coexistindo à infecção pelo vírus HIV, essa relação tem diminuído em especialidade com o advento da terapia antirretroviral. Tal fato tornou mais comum outras possibilidades de ocorrência clínica, como no caso dos pacientes pós-transplante de órgãos sólidos. Paralelamente, os distúrbios linfoproliferativos pós-transplante representam uma complicação bem estabelecida e relatada nos receptores, com incidência e características clínicas podendo variar com comorbidades do paciente e o órgão transplantado. **Conclusão:** DLPT é uma entidade rara e muito heterogênea, tornando o consenso no diagnóstico e o tratamento muito desafiadores. A presença de fatores de risco epidemiológicos, como infecção pelo EBV, podem contribuir para o surgimento de neoplasias secundárias à imunossupressão crônica de causa não-infecciosa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.726>

RECAÍDA CARDÍACA DE LINFOMA EXTRANODAL DE CÉLULAS NATURAL KILLER/ CÉLULAS T, TIPO NASAL

MR Sagrilo, LPD Santos, VG Weber, BBC Paula, WF Silva, JC Salvador, GB Fischer, A Zago, G Bellaver

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução/Objetivos: O Linfoma Extranodal de Células Natural Killer (NK)/Células T, subtipo nasal (ENKL) é uma neoplasia rara, de comportamento agressivo e com associação o Epstein-Barr vírus (EBV). Neste trabalho, descrevemos o caso de paciente portador de ENKL, que realizou terapia de 1ª linha com protocolo SMILE e evoluiu com recaída cardíaca da doença enquanto aguardava realização de TCTH autólogo. **Material e métodos:** Relatamos o caso de paciente assistido em hospital universitário público do interior do Rio Grande do Sul e revisão de literatura em bibliotecas eletrônicas utilizando as palavras chaves: “lymphoma nk t cells extranodal nasal type”. **Resultados:** Homem, 41 anos, ECOG zero, com lesão expansiva na cavidade nasal, ulcerada para o palato, com 6 meses de evolução, com imuno-histoquímica compatível com Linfoma de células NK/T extranodal, tipo nasal (ENKL), estágio clínico IVB (acometimento pulmonar e esplênico), IPI alto risco e sorologia positiva para EBV, foi admitido para o 1º bloco de quimioterapia com protocolo SMILE em outubro de 2022. Após 2 ciclos, realizou PET-CT, com escore 4 (mínima atividade metabólica nasal). Após 3º ciclo, complicou com trombose de veia subclávia e jugular interna esquerda pelo uso da Pegasparaginase. No 4º ciclo, realizou protocolo sem a Pegasparaginase e o PET-CT que se seguiu não apresentava aumento anormal do metabolismo glicolítico (escore 1). Encaminhado para realização de transplante autólogo, fez mobilização com Filgrastim, não tendo atingido a celularidade mínima para realização. Por 1 mês aguardou liberação judicial de Plerixafor para reiniciar o protocolo de mobilização. Neste período iniciou com febre e