

particularly, as in this case, when a more aggressive pattern of the lesion, with bone destruction, is observed. Histological examination is critical for an accurate diagnosis. In this case, the biopsy was fundamental for an appropriate therapeutic approach.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.366>

365

ENTEROPATIA DE CÉLULAS NK: RELATO DE CASO

M.P. Jacinto^a, D.M.C. Real^a, A.F. Ramos^a,
S.F.R. Gonzaga^a, A.M.P.S. Bezerra^b, C.S.
Chiattone^c, G.F. Perini^a

^a Américas Oncologia, São Paulo, SP, Brasil

^b Albert Einstein Medicina Diagnóstica, São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital Samaritano de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Relatar o caso de uma paciente com diagnóstico raro de Enteropatia NK. **Material e método:** Descrição do prontuário após obtenção de consentimento livre e esclarecido da paciente e revisão na literatura. **Resultados:** Paciente feminina, 30 anos, com diagnóstico prévio de intolerância ao glúten. Comparece em consulta com sintomas leves de desconforto abdominal, diarreia ocasional e hematocitose. Negava sintomas B. Ao exame físico paciente sem alterações. Trouxe resultado de endoscopia digestiva alta a qual evidenciava lesões enantematosas de bordas elevadas, submetidas à biópsia. Resultado de anatomopatológico demonstrava lesões com seguinte fenótipo: CD3+, CD56+, TIA-1+, CD4-, CD8-, Perforina-, Granzima B-, concluindo diagnóstico de Linfoma de células T associado à enteropatia (EATL) tipo II. PET-CT com linfonodo mediastinal hipercaptante (SUV 6,8). Como quadro clínico não era compatível com resultado de biópsia, optado por revisão de diagnóstico antes de iniciar tratamento. Revisão de lâmina demonstrou diagnóstico de Enteropatia NK e biópsia de linfonodo mediastinal sem evidência de doença linfoproliferativa. Com novo diagnóstico, paciente sem necessidade de tratamento específico, segue em acompanhamento e com resolução dos sintomas TGI alto após 3 meses do seguimento. **Discussão:** O trato gastrointestinal (TGI) é responsável por 30 a 40% de todos os casos de linfomas extranodais. No caso em questão, o primeiro resultado anatomopatológico sugeria um EATL tipo II, denominação modificada para uma entidade clínico-patológica distinta: linfoma monomórfico epiteliotrófico de células T (MEITL). Ele é definido como um linfoma T primário de intestino, possui um predomínio na Ásia, acomete diferentes faixas etárias (23-89 anos), com mediana de 58 anos de idade e predomínio no sexo masculino 2:1. Mais da metade dos pacientes abrem o quadro com perfuração intestinal, enquanto outros possuem um quadro clínico mais insidioso. Disseminação para linfonodos mesentéricos é comum e também para sítios extra-gastrointestinais. Imunohistoquímica marca positivo para CD2, CD3, CD7, CD8, CD56. Possui prognóstico ruim, com mediana de sobrevida de 7 meses. Tratamento se baseia em quimioterapia. Enteropatia de células NK, por sua vez, trata-se de uma doença rara.



A idade média ao diagnóstico é de 58 anos, com discreto predomínio do sexo feminino (0,5:1). Os pacientes são assintomáticos ou oligossintomáticos apresentando sintomas como desconforto abdominal, refluxo, diarreia e sangramento retal. Achados endoscópicos variam de lesões eritematosas, úlceras, lesões com bordas elevadas e até pólipos. Não há envolvimento de linfonodos e nem organomegalias. Imunohistoquímica revela fenótipo de células NK com expressão de CD3, CD7, CD56, TIA-1, granzima B e/ou perforina. Pesquisa de Epstein Bar vírus por hibridização in situ é negativa, o que distingue de um linfoma de célula NK extranodal tipo nasal. O curso clínico da enteropatia NK é indolente, com alguns pacientes demonstrando melhora espontânea e recorrência ocasional e outros com doença persistente por anos. Não há indicação de tratamento quimioterápico e a identificação de mutação na via JAK3 representa um potencial alvo terapêutico para pacientes sintomáticos. **Conclusão:** Embora algumas dessas entidades sejam raras, é importante reconhecê-las, pois pode haver uma sobreposição morfológica e imunofenotípica significativa entre as proliferações linfóides com resultados clínicos e tratamento amplamente diferentes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.367>

366

EPOCH-RR EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO SIMULTÂNEO DE LINFOMA DE BURKITT E HIV: RELATO DE CASO

G.S.C. Junior^a, M.R. Tarla^a, A.C.G.C. Ribeiro^a,
I.C. Agostini^b, J. Mazaroski^a, M.C. Crippa^a,
M.V. Pacheco^a, M.P.M. Cruz^a, V.O. Codarin^c

^a Centro Universitário Barão de Mauá (CBM),
Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Faculdade Ceres, São José do Rio Preto, SP, Brasil

^c Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP),
Ribeirão Preto, SP, Brasil

Embora raro, cerca de 1% dos casos de Linfomas Não Hodgkin - LNH, o Linfoma de Burkitt - LB é um tipo de extrema importância clínica devido a sua Alta Agressividade, principalmente quando associado ao Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV. Segundo o Instituto Nacional do Câncer - INCA, são estimados cerca de 12.030 novos casos de LNH em 2020 no Brasil, o que extrapolando para a incidência média, projeta cerca de 120 novos casos de LB. O tratamento de escolha é a quimioterapia - QT, sendo os melhores resultados obtidos com o uso protocolos mais agressivos, como CODOX-M/IVAC e HyperCVAD. Protocolos menos agressivos como o EPOCH-RR também são utilizados, porém, com resultados inferiores. Este relato se refere a um paciente de gênero masculino, 38 anos, no qual foram diagnosticados simultaneamente um LB e infecção por HIV. O Estadiamento Clínico era IVBx, com infiltração medular difusa e ausência de infiltração de sistema nervoso central. Em relação ao acometimento nodal, havia comprometimento supra diafragmático esparsos, mas o que chamava a atenção eram dois grandes conglomerados de linfonodos intra-abdominais, um com 18,4 x 11,6 x 11,2 cm, totalizando 2.390 cm³ no mesogástrico e outro com 11,2 x 8,4 x 7,3 cm, totalizando 687 cm³ na fossa ilíaca dire-



ita. Estas massas abdominais traziam muita dor ao paciente, que necessitava de analgesia de horário com opioides. Além disso, apresentava perda ponderal aferida de 7 kg em 15 dias, sendo seu peso habitual de 72 kg e disfagia secundária a Monilíase Esofagiana. Embora jovem e previamente hígido, o paciente apresentava status performance bastante comprometido, com Karnofsky de 70, o que tornava o uso de QT mais agressiva (CODOX-M/IVAC ou HyperCVAD) questionável. Foi optado pelo protocolo EPOCH-RR, com ciclos a cada 21 dias, composto pelas seguintes drogas: Rituximabe 375 mg/m²/EV em D1 e 5, Doxorubicina 10 mg/m² + Vincristina 0,7 mg/m² + Etoposídeo 50 mg/m²/EV em infusão contínua de 24 horas de D1 a 4, Ciclofosfamida 750 mg/m²/EV em D5 e Prednisona 60 mg/m²/VO em D1 a 5. O Metotrexato 12 mg/IT foi usado no D1 dos primeiros 3 ciclos. O G-CSF 300 mcg/dia/SC em D 6 a 15 foi usado em todos os ciclos. Concomitantemente foi iniciado o tratamento antirretroviral – TARV com Tenofovir + Lamivudina e Dolutegravir. Foram observadas intercorrências do tratamento somente no 1º ciclo, com síndrome de lise tumoral leve, com elevação de ureia de 34 para 115 mg/dL e creatinina de 0,9 para 1,9 mg/dL, sem a necessidade de intervenção, apenas manutenção da hiper-hidratação endovenosa. Houve também hepatopatia medicamentosa transitória, sendo com valores máximos das transaminases em torno de 500 U/L. Além disso, o paciente apresentou toxicidade hematológica grau IV, com leucócitos:100/mm³ e plaquetas:13.000/mm³, associada a quadro de Neutropenia Febril. Após 45 dias do início da TARV, o paciente apresentou PCR-HIV: negativo. Os demais ciclos transcorreram sem intercorrências. Ao final de 6 ciclos, o paciente repetiu o PET SCAN, que demonstrava Remissão Completa. Embora seja o relato de apenas um caso, os dados aqui apresentados sugerem que o tratamento quimioterápico conforme protocolo EPOCH-RR constitui uma alternativa viável para o tratamento de pacientes com Linfoma de Burkitt associado à infecção com HIV, principalmente quando houver comprometimento do estado geral.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.368>

367

IMPACTO DE UM AMBULATÓRIO DE ALTA PRECOCE NA DESOSPITALIZAÇÃO DE PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

K.P. Melillo, A.C.M. Toreli, D.B. Ferreira, A.P. Graça, M.O. Marques, P.H. Padilha, M.D.S. Pastori, E.X. Souto, S.B. Almeida, L.L.M. Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus
Zerbini - Hospital Brigadeiro, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A desospitalização é uma tendência crescente no setor de saúde que aponta benefícios tanto para os pacientes, reduzindo os riscos de infecções hospitalares, como para seus familiares que conseguem participar de forma mais ativa no tratamento. Para as instituições hospitalares traz benefícios como a redução dos custos com a internação e maior disponibilidade de leitos. Um dos princi-

pais desafios na desospitalização está na falta de comunicação e orientação da equipe profissional dentro do hospital no momento da alta hospitalar com a equipe que vai seguir o paciente ambulatorialmente. **Objetivo:** Descrever os resultados após 12 meses da criação de um ambulatório de alta precoce para pacientes onco-hematológicos em quimioterapia de um hospital público terciário. **Métodos:** Os pacientes internados para quimioterapia com condições de alta foram encaminhados com o objetivo de avaliar necessidade transfusional, complicações referentes ao tratamento quimioterápico e manejo de neutropenia. No momento da alta hospitalar, foi realizado planejamento dos retornos, coleta de exames de acordo com médico assistente em conjunto com o médico do ambulatório e programação da data da próxima internação para quimioterapia, evitando atrasos nos ciclos de tratamento. No período entre abril/2019 a fevereiro/2020, foi avaliado o número de pacientes internados para quimioterapia, diagnósticos dos pacientes, número de atendimentos ambulatoriais e taxa de permanência hospitalar. As principais medidas de segurança foram taxa de reinternação e densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada ao cateter venoso central (ICS-CVC). Como esses pacientes internam para prosseguir o tratamento quimioterápico, optamos por avaliar a reinternação no período de 15 dias após a alta hospitalar. **Resultados:** No período entre abril/2019, quando foi implantado o ambulatório de alta precoce, até fevereiro/2020, tivemos 284 internações hospitalares para a realização de quimioterapia. Observamos média de 25,9 pacientes internados por mês. Em relação aos diagnósticos desses pacientes, os mais frequentes foram linfoma não Hodgkin (53,1%), linfoma de Hodgkin (24,2%), leucemias (15,8%), sendo 12% leucemias agudas, mieloma múltiplo (2,8%), linfoma zona do manto (2,4%) e síndrome mielodisplásica (1,7%). Foram realizados 490 atendimentos no ambulatório de alta precoce, com média de 44,5 atendimentos ambulatoriais por mês. A média de permanência hospitalar reduziu de 15 dias para 6 dias após a implantação do ambulatório. A taxa de reinternação desses pacientes em 15 dias foi de 5%, a maioria por neutropenia febril e toxicidade pela quimioterapia. Nesse período, na unidade de hematologia, não houve nenhum diagnóstico de ICS-CVC. **Discussão/Conclusão:** O paciente tratado ambulatorialmente tem acesso a um atendimento mais humanizado, ganha qualidade de vida e apresenta menor risco de infecções hospitalares. O tratamento ambulatorial representa menos custos e gera uma maior oferta de leitos para internações necessárias. Estima-se que para um hospital com 300 leitos, a redução de 1 dia no tempo de permanência dos pacientes internados significa a disponibilidade de 49 leitos. Duas palavras definem os dilemas atuais na medicina: redução de custos e humanização. Os dados apresentados mostram a implantação de um ambulatório de desospitalização com sucesso em um hospital público terciário.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.369>

