

INH) promove a ativação da via clássica do complemento e o consumo dos componentes C1, C2 e C4, além da geração da bradicinina, que aumenta a permeabilidade vascular e induz o angioedema. O AEA é uma forma muito rara de angioedema e pode ser classificada em dois tipos: AEA tipo I e AEA tipo II. Independente do mecanismo fisiopatológico subjacente, o diagnóstico laboratorial é confirmado pelos baixos níveis plasmáticos do inibidor de C1 (antígeno/funcional), do C1q e C4, e níveis normais de C3. No AEH os níveis plasmáticos de C1q estão normais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.110>

APRESENTAÇÃO RARA DE LINFOMA T ANAPLÁSICO ASSOCIADO A IMPLANTE MAMÁRIO: RELATO DE CASO



NASN Segundo^a, ACR Sousa^a, IMF Pordeus^a, LP Silva^b, RVM Acioli^a, SDFA Figueiredo^c, CMF Rolo^{a,d}, AR Paz^{c,e}

^a Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa, PB, Brasil

^b Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO, Brasil

^c Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil

^d Hospital Nossa Senhora das Neves (HNSN), João Pessoa, PB, Brasil

^e CEDAPP - Centro de Diagnóstico Anatomopatológico, João Pessoa, PB, Brasil

Introdução: O linfoma anaplásico de células T é responsável por 2% dos linfomas não-Hodgkin no adulto. Trata-se de um distúrbio linfoproliferativo das células T, que se divide em sistêmico ALK-positivo e ALK-negativo (patologicamente distintas e clinicamente agressivas), cutâneo primário e associado a implante mamário (BIA-ALCL), este último é um subtipo incomum que na era moderna, com aumento de implantes de mama texturizados, tem favorecido o seu surgimento. **Relato de caso:** Paciente, sexo feminino, 38 anos, sem comorbidades, procurou nosso serviço com queixa de nódulo em mama direita. Como antecedente tinha história de implante de prótese mamária bilateral há 3 anos. Ressonância magnética das mamas revelou nódulo irregular com margens não circunscritas, aderido ao silicone, medindo 3,3 × 3,3 × 1,8 cm e linfonodo axilar direito medindo até 2,1cm. Realizado biópsia do nódulo mamário, cujo anatomopatológico associado a imunohistoquímica (positividade para CD30 e CD5, com Ki67 90%, CD3, CD4 e ALK negativos) foi sugestivo de linfoma anaplásico associado ao implante mamário. PET CT compatível com estadiamento IV (hipermetabolismo em nódulo mama direita, linfonodos axilares a direita e massa hepática na periferia do segmento VII com SUV max: 32). A paciente foi submetida a ressecção completa bilateral das próteses mamárias e tratada com protocolo quimioterápico Brentuximabe associado a ciclofosfamida, doxorubicina e prednisona, total de 6 ciclos, com PET CT após terceiro ciclo em remissão metabólica completa. Paciente já finalizou tratamento quimioterápico, está em

remissão completa aguardando transplante de medula óssea autólogo. **Discussão:** O BIA-ALCL CD30+ ALK - é uma doença rara, biologicamente indolente e de natureza ainda desafiadora. É comumente encontrado na cápsula fibrosa que envolve o implante, apenas na minoria dos casos há formação de nódulo ou massa e raramente há envolvimento de linfonodos ou de outros órgãos. Mais comumente se desenvolve aproximadamente 10 anos após a colocação do implante. O caso relatado teve o desenvolvimento de nódulo mamário com apenas 3 anos da colocação da prótese de silicone. Para pacientes com doença localizada, o tratamento é realizado com ressecção cirúrgica completa do implante, da cápsula e de qualquer massa associada, sem necessidade de terapia adjuvante. Para os casos com acometimento sistêmico, indicado poliquimioterapia com ou sem brentuximabe. Neste caso, por se tratar de um estadiamento clínico avançado, optou-se por uma terapia sistêmica, seguindo o protocolo ECHELON-2 (Brentuximabe + ciclofosfamida + doxorubicina + prednisona) por 6 ciclos. Como é muito raro a apresentação dessa doença em estadiamento avançado, não há estudos que comprovem benefício da consolidação com transplante de medula óssea autólogo, porém, como o caso teve apresentação incomum, agressiva, o que nos impossibilita de diferenciar do linfoma T anaplásico sistêmico ALK negativo, optamos por tratar como tal, por isso realizaremos o transplante. **Conclusão:** Há poucos registros na literatura de BIA-ALCL com acometimento sistêmico, por isso relatamos o caso de uma paciente com apresentação rara da doença, que ao diagnóstico tinha estadiamento avançado, sendo por isso realizado tratamento sistêmico, atingindo resposta completa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.111>

ASSOCIAÇÃO ENTRE SAF E LINFOMA DE BURKITT: RELATO DE CASO



MP Luizon^a, A Silveira^a, JBCB Silva^b

^a Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic, Campinas, SP, Brasil

^b Clínica Medeiros, Campinas, SP, Brasil

Introdução: A síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF) é uma doença sistêmica autoimune caracterizada por trombose arterial e venosa, morbidade gestacional e presença de níveis séricos de anticorpos antifosfolípide elevados e persistentemente positivos. O linfoma de Burkitt é responsável por aproximadamente 1% dos linfomas não-Hodgkin, afeta os linfócitos B, apresenta maior incidência no sexo masculino e possui caráter altamente agressivo. **Objetivo:** Descrever um caso com rara associação entre SAF e linfoma de Burkitt. **Material e métodos:** Estudo realizado através de dados do prontuário médico do paciente e revisão da literatura. **Relato de caso:** Paciente masculino, de 27 anos, diagnosticado com SAF há 7 anos após trombose no ventrículo direito seguida de embolia pulmonar, em uso de anticoagulação oral com warfarina desde então. Durante seguimento clínico de rotina, ao realizar exames complementares para avaliação de epigastria, verificou-se apenas pangastrite enantematosa leve na endoscopia digestiva alta, entretanto na colonoscopia havia