

## LINFOMA DE HODGKIN EM PACIENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN, DOENÇA CELÍACA E NEFROPATIA MEMBRANOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

TF Dios<sup>a</sup>, LER Chaer<sup>a</sup>, CEDR Castro<sup>a</sup>,  
MO Galvão<sup>a</sup>, MEP Aguiar<sup>a</sup>, PHN Mattos<sup>a</sup>,  
GG Almeida<sup>a</sup>, MCS Freitas<sup>a</sup>, FSB Ferreira<sup>b</sup>,  
FD Xavier<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

<sup>b</sup> Hospital DF Star, Brasília, DF, Brasil

**Objetivo:** Relato de um caso de linfoma de Hodgkin associado a síndrome de Sjögren, doença celíaca e nefropatia membranosa. **Material e métodos:** Revisão de prontuário do paciente e da literatura. As bases de dados utilizadas foram PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Os termos empregados na busca foram: “linfoma de Hodgkin”, “síndrome de Sjögren”, “doença celíaca”, “nefropatia membranosa”. **Resultados:** ACNB, feminino, 30 anos. Em maio de 2022, paciente foi internada para investigação de quadro febril há 2 semanas, associado a bicitopenia, astenia e vômitos. Comorbidades: síndrome de Sjögren (SS) primária, nefropatia membranosa e doença celíaca. Negava sudorese noturna, perda de peso ou prurido. Exames laboratoriais revelaram anemia e linfopenia, DHL de 263 U/L, ferritina de 714, VHS de 120 mm/h, albumina 3,6 g/dL, proteinúria 1929,6 mg/24h e sorologia EBV IgG positiva. EDA normal. TC de tórax evidenciou linfonodomegalias cervicais, axilares, mediastinais e hilares bilaterais. TC de abdome evidenciou hepatoesplenomegalia e linfonodomegalias no abdome superior. PET-CT demonstrou lesões esplênicas, ósseas e múltiplas linfonodomegalias cervicais, torácicas, abdominais hipermetabólicas (SUV máx 24,3). Biópsia de linfonodo axilar esquerdo e biópsia de medula óssea foram compatíveis com linfoma de Hodgkin (LH) clássico, subtipo esclerose nodular (Positivos: CD30, PAX5, CD15 e MUM1. Negativos: CD20 e CD3). Estadiamento de Lugano IVB e índice prognóstico IPS 4. Paciente em tratamento: 6 ciclos do protocolo A+AVD. PET-CT de controle após 2 ciclos de tratamento demonstrou melhora parcial com resolução de múltiplas linfonodomegalias hipermetabólicas, lesões esplênicas e ósseas, mas linfonodos axilares esquerdos persistem com hipermetabolismo (SUV máx 1,6). **Discussão:** Pacientes com doenças autoimunes como a doença celíaca e SS têm risco aumentado de desenvolver linfoma não Hodgkin (LNH). Destacamos a SS, associada a um aumento de 44 vezes o risco de desenvolver LNH. Contudo, não há evidências na literatura do aumento de risco de LH para esses pacientes. Na revisão de literatura, não encontrou-se relato de casos da associação de SS e LH no Brasil, mas há descrições em publicações internacionais. Outra informação de destaque é que a mediana de idade no diagnóstico de LNH associado a SS foi acima de 50 anos, diferente do diagnóstico precoce do caso. Pacientes com a doença celíaca apresentam risco 6 vezes maior de desenvolver LNH de células T, mas não há descrita associação com LH. Além disso, LH é associado a alterações renais, porém mais raramente à nefropatia membranosa, ocorrendo simultaneamente ou ainda antes do diagnóstico de LH. **Conclusão:** Como demonstrado no caso clínico, a associação de LNH com doenças autoimunes, como a SS e a doença celíaca, é bem descrita na

literatura. O diagnóstico de LH nessas situações é um fenômeno raro e com pouca descrição, sendo imprescindível realizar análises buscando a melhor compressão da relação das doenças autoimunes com outras doenças hematológicas. A divulgação do relato de caso promove maior estudo entre a comunidade médica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.193>

## REMISSÃO COMPLETA COM ESQUEMA DA-EPOCH-R AMBULATORIAL PARA LINFOMA DE ALTO GRAU REFRACTÁRIO EM IDOSO: RELATO DE CASO E REVISÃO

WF Silva, G Bellaver, CB Pacheco, HA Castralli,  
AY Ueno, A Zago, JC Salvador, LPD Santos,  
MR Sagrilo, KBM Mendes, KBM Mendes

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

**Objetivo:** Relatar um caso de linfoma não hodgkin de alto grau com remissão completa após esquema quimioterápico DA-EPOCH ambulatorial. **Materiais e métodos:** Estudo descritivo, do tipo relato de caso, com consulta e coleta de dados em prontuário. **Resultados e discussão:** Homem, 64 anos, branco, com dor abdominal recorrente e progressiva, febre vespertina e sudorese noturna, perda ponderal 20 kg em 3 meses, mudança do hábito intestinal. Submetido a ressonância magnética de abdome que mostrou fígado com lesões focais sólidas hipovasculares, medindo até 7,0 cm, compatíveis com implantes por neoplasia secundária; sinais de espessamento parietal circunferencial em alças de sigmóide, com restrição à difusão a realce irregular pelo contraste paramagnético. Procedeu-se investigação com colonoscopia que não mostrou alterações no lúmen intestinal. Tomografia de abdome evidenciou apenas lesões hepáticas. Realizada biópsia hepática percutânea em abril de 2021 que evidenciou infiltração focal por linfoma não hodgkin de células B periféricas ativadas, difuso de grandes células através de estudo imuno-histoquímico: CD20+ difuso, CD3+ pequenos linfócitos, CD10 -, BCL-6 + na maioria, BCL-2+ em vários subgrupos, C-MYC+ em 20%, Ki67 50%. Devido à indisponibilidade de pesquisa por Hibridação in situ por Fluorescência (FISH) para os rearranjos MYC (8q24), BCL2(18q21) BCL6 (3Q27). Foi dado o diagnóstico de Linfoma Não Hodgkin (LNH) difuso de grandes células B periféricas duplo expressor (DGCB DE) com estadiamento clínico avançado com acometimento em intestino delgado e fígado, CNS-IPi alto risco. Iniciou o tratamento quimioterápico com rituximabe, dexametasona, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, metotrexato e citarabina (esquema R-HyperCVAD). Realizou três ciclos e evoluiu com complicações infecciosas durante o tratamento e bem como complicações cirúrgicas abdominais com necessidade de ileocolostomia. Optado por pausa no tratamento e reavaliação de doença, PET CT interim mostrou progressão de doença abdominal com linfonodos hipermetabólicos mediastinais, parede cólon sigmóide - SUV 3,3. Realizada a troca de protocolo para o etoposide com dose ajustada, prednisolona, vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina e rituximab (DA-EPOCH-R) em

esquema ambulatorial em infusão diária, o qual fez 3 ciclos completos, evoluiu sem complicações maiores, todas manejáveis ambulatorialmente. PET-CT final de tratamento em 2022 concluiu Lugano 1. Paciente recebeu alta da quimioterapia para seguimento ambulatorial, atualmente assintomático. **Conclusão:** Os linfomas de células B compreendem a maioria dos casos de LNH diagnosticados, com subtipo mais comum, o DGCB. O padrão de tratamento de cuidados para DGCB é rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (R-CHOP). No entanto, para pacientes com subtipos agressivos de DGCB, com genes MYC, BCL-2 e/ou BCL-6 (duplo ou triplo hit) uma abordagem mais intensiva pode ser seguida como por exemplo o DA-EPOCH-R. Estudos recentes sugerem que esse regime possa ser feito ambulatorial e ser bem tolerado e deve ser considerado para tratamento inicial em pacientes clinicamente aptos; e suportam que os perfis de toxicidade permanecem inalterados independentemente do local de administração, sendo eficazes, com maior satisfação dos pacientes, melhor qualidade de vida e custos menores. No caso apresentado, houve transição de esquema internado para ambulatorial com resultados positivos. Mais estudos prospectivos são necessários para confirmar esses achados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.194>

#### SUCESSO TERAPÊUTICO COM INIBIDOR DE TIROSINA KINASE DE BRUTON EM PACIENTE PORTADORA LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO COM INSUFICIÊNCIA RENAL - DESCRIÇÃO DE CASO

Y Nukui, LM Corso, JO Martins, KS Marques, MG Cliquet

Hospital IGESP, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** O linfoma da célula do manto (LCM) é uma doença rara e agressiva com poucas alternativas terapêuticas. Mas com a introdução de inibidores de tirosina kinase de Bruton tem mudado a sobrevida a longo prazo. **Objetivo:** descrição de um caso clínico em portadora da doença com insuficiência renal crônica. **Material e métodos:** Descrição do caso clínico: Paciente feminina, 65 anos de idade, queixa de cansaço, dor abdominal, hepatoesplenomegalia, presença de linfonodomegalias, emagrecimento de 5 kg em 6 meses, sudorese noturna, Hb = 8.8 g/dL, plaquetopenia de 118.000/mm<sup>3</sup>, albumina = 2.5 g/dL. Antecedente de HAS e DPOC. Diagnóstico de Linfoma de células do manto em maio de 2021 por biópsia de adenomegalia inguinal. Tratamento instituído foi R-CHOP e RDHAP em meses alternados, porém após o segundo ciclo evoluiu com edema agudo de pulmão volumoso, insuficiência renal com necessidade dialítica diária (IRA- KDIGO III multifatorial), intubação orotraqueal e tratamento em unidade intensiva por quadro de choque séptico (KPC). Realizou terceiro ciclo de QT com RCHOP, mas com a piora clínica foi aventada hipótese de cuidados paliativos. Mas com a melhora recebeu mais 3 tratamentos com rituximabe mensal, persistiu com falência renal e necessidade de hemodiálise. Recebeu alta hospitalar e introduzido ibrutinibe 560 mg ao dia em 09/11/2021 sem muitos efeitos adversos.

**Resultados:** PETScan do diagnóstico 26/05/2021 mostra linfonodos axilares, volumosa esplenomegalia, linfonodos mediastinais, retroperitoneais e inguinais, área focal de intensa concentração na transição retossigmoide e na pelve (SUVmax:12.5), moderado derrame pleural bilateral. PETScan antes da introdução do ibrutinibe 10/11/202: redução do metabolismo dos linfonodos axilares bilaterais, das dimensões do baço, mas persistência da área focal na transição do retossigmoide (SUVmax:10.15). 6 meses após o tratamento: 23/06/2022, não se observam áreas focais de atividade metabólica glicolítica anômala (Score 1 de Deauville), persiste com esplenomegalia homogênea. A paciente segue em tratamento, no momento com ibrutinibe e em hemodiálise de segunda a sexta. Apresentou infecção pelo coronavírus em janeiro de 2022 sem sequelas. Atualmente clinicamente assintomática, ECOG=0 e exames laboratoriais normais exceto pelo aumento de ureia e creatinina. **Discussão:** A causa da insuficiência renal desenvolvida durante a internação pode ser explicada por vários fatores como a síndrome de lise tumoral, uso da medicação cisplatina, história de HAS prévia e ao quadro séptico. A paciente evoluiu com regressão do quadro de esplenomegalia, adenomegalias e da massa em retossigmoide ao longo dos 6 primeiros meses e atualmente se encontra sem evidência de doença em uso de ibrutinibe há 10 meses. A dose da medicação não foi ajustada em vigência de realização de hemodiálise se acreditando que a droga apresenta depuração renal mínima. Há poucos casos descritos na literatura do uso de ibrutinibe em pacientes com insuficiência renal grave com clearance < 30 mL/minuto avaliando a segurança e eficácia de tratamento. **Conclusão:** Tratamento em paciente portador de Linfoma de células do manto com insuficiência renal grave pode ser tratado com ibrutinibe. Em nosso caso houve sucesso terapêutico, mas é imprescindível acompanhar a resposta pois o tratamento é contínuo até a progressão da doença ou eventos adversos graves.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.195>

#### LINFOMA INTRAVASCULAR DE GRANDES CÉLULAS B MANIFESTANDO-SE COM ISQUEMIA CEREBRAL E MEDULAR

JPY Silva <sup>a,b</sup>, BF Rocha <sup>a,b</sup>, LL Marchi <sup>a,b</sup>, F Araújo-Júnior <sup>a,b</sup>, M Simabukuro <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), São Paulo, SP, Brasil

**Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente de 78 anos de idade com diagnóstico de linfoma intravascular de células B com resposta completa após 4 ciclos de R-mini-CHOP do idoso. **Materiais e métodos:** As informações foram colhidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a paciente e com fotografias de métodos diagnósticos. **Resultados:** Paciente feminina de 78 anos de idade, com quadro subagudo e progressivo de fraqueza de membros inferiores, retenção urinária, confusão e perda de peso. Tinha como antecedentes patológicos hipertensão, neuralgia do trigêmeo, e ressecção