

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/mm³, 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 ^{a,b}, BF Rocha ^{a,b}, LL Marchi ^{a,b}, F Araújo-Júnior ^{a,b}, M Simabukuro ^{a,b}

^a Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^b 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

de meningioma em fossa anterior 11 anos antes. Na admissão, o exame neurológico demonstrava confusão mental, com paraparesia espástica assimétrica (pior no membro inferior direito) e déficit sensorial ao nível de T4. Os exames de neuroimagem demonstravam eventos vasculares isquêmicos recentes e subagudos nas áreas de fronteiras vasculares interna e externa bilaterais dos hemisférios cerebrais. Devido pancitopenia com aumento de DHL, a paciente foi submetida a biópsia de medula óssea, que evidenciou infiltração por linfoma não hodkin de células B de localização predominantemente intravascular. O PET-CT mostrava discreta hipercaptação medular. A paciente foi submetida a Poliquimioimunoterapia com o esquema de seus ciclos de R-mini-CHOP do idoso, evoluindo com melhora progressiva da paraparesia, da confusão mental e das citopenias. O PET-CT após o 4º ciclo não mais apresentava hipercaptação medular. Para complementar a avaliação de resposta, foi feita outra biópsia de medula óssea após o 6º ciclo. **Discussão:** O linfoma intravascular de grandes células B (LIVGCB) é um tipo raro de linfoma B extra-nodal de curso agressivo, que pode afetar múltiplos órgãos, incluindo o sistema nervoso central (SNC). Sua principal característica é o fato de as células tumorais estarem limitadas ao lúmen de vasos de pequeno calibre. Os sítios mais envolvidos são classicamente a pele e o SNC. O diagnóstico do LIVGCB é desafiador pois faltam achados de imagem ou laboratoriais específicos, com PET-CT usualmente negativo devido ao predomínio intravascular do tumor. Esse caso é importante para alertar sobre a combinação dos achados neurológicos com pancitopenia pode revelar uma doença muito grave e subdiagnosticada. Ressaltamos também a resposta completa com o tratamento específico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.196>

LINFOMA NÃO HODGKIN PRIMÁRIO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL: RELATO DE CASO

BN Nascimento, MC Locatelli, JR Assis, MG Cliquet, AFC Vecina, MA Gonçalves, ES Navarro, CAC Vieira, DR Spada, JA Rena

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Relatar caso de Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LNHDGCB) primário de SNC (PSNC). **Materiais e métodos:** Levantamento e análise de prontuário por meio de revisão integrativa. **Relato de caso:** Paciente feminina, de 70 anos, grande tabagista com doença pulmonar obstrutiva crônica, há um mês com disartria, hemiplegia direita e crises epiléticas complexas. A tomografia mostrava lesões nodulares esparsas pelo parênquima cerebral supratentorial e cerebelar à esquerda, a maior com 2,5cm e com realce ao contraste, gerando efeito de massa, dilatação compensatória do sistema ventricular e desvio de linha média; não havia comprometimento de outros órgãos ou sistemas. Foi submetida a neurocirurgia para ressecção das lesões; anatomopatológico e imuno-histoquímica revelaram expressão de CD20, MUM-1, BCL-3 e BCL-6, ki-67 de 90%,

consistente com LNHDGCB, e os demais estudos tomográficos permitiram classificar a doença como PSNC. Com sorologias para HIV, sífilis, HTLV e hepatites negativas, iniciou-se esquema R-miniCHOP acrescido de metotrexato. A paciente concluiu seis ciclos e houve melhora do grau de força, observada já ao final do primeiro ciclo. Atualmente, após um ano do diagnóstico, sem déficits motores e com ressonância magnética de sistema nervoso central, realizada após término do tratamento, sem doença ativa. **Discussão:** O linfoma PSNC é um subtipo incomum (4% de prevalência) dentre os linfomas não-Hodgkin, acometendo encéfalo, leptomeninges, olhos e medula espinhal, sem evidência de doença nodal sistêmica. Cerca de 90% dos casos são classificados como LDGCB. Seu principal fator de risco é a imunossupressão, embora haja tendência observada aos registros de aumento na incidência na população imunocompetente após os sessenta anos. Sintomas B são raros, predominando a ocorrência de sintomas neurológicos focais. Apresenta curso agressivo e prognóstico sombrio, quando comparado a outros LDGCB, sendo fatores de mau prognóstico: a sua ocorrência em idosos, aumento de desidrogenase láctica, hiperproteinorraquia e acometimento de área cerebral não hemisférica, enquanto a expressão de BCL-6 confere melhor prognóstico. À despeito de sua alta quimio e radiosensibilidade, as remissões são frequentes e rápidas. Possivelmente pela dificuldade da ação das medicações em ultrapassar a barreira hematoencefálica, as terapias convencionalmente usadas não são efetivas isoladamente, sendo necessária a adição de metotrexato e, por vezes, radioterapia. Todavia, o alto risco de neurotoxicidade grave, associado ao tratamento, incapacitante principalmente aos idosos, deixa a reflexão: intensificar a terapia na tentativa de atingir respostas mais profundas ou reduzi-la buscando atenuar os efeitos colaterais. A questão torna-se ainda mais relevante uma vez que a cura não é atingida na maioria dos pacientes, com sobrevida global média em imunocompetentes de dois anos. **Conclusão:** Embora com prognóstico obscuro, observa-se melhora significativa nas últimas décadas, como resultado de melhores estratégias de tratamento com objetivo curativo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.197>

TUMOR COMPOSTO COM ADENOCARCINOMA DE RETO E LINFOMA NÃO HODGKIN: RELATO DE CASO

AA Hofmann, VR Siqueira, CK Weber, CE Wiggers, ET Calvache, RS Ferrelli, T Callai, EW Corrêa, VB Santana, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivo: Relatar um caso muito raro de tumor composto com adenocarcinoma de reto e linfoma não Hodgkin, assim como descrever os aspectos patológicos e a conduta terapêutica. **Caso clínico:** Paciente sexo feminino, 72 anos com histórico de adenocarcinoma de cólon em abril de 2018, foi submetida a hemicolectomia esquerda curativa. Em janeiro