apresenta doença localizada, não há uma abordagem padrão para o tratamento sistêmico da doença avançada. Considerando os dados do estudo ECHELON-2 para pacientes com linfoma de células T periféricas CD30 positivo, a paciente foi tratada com o BV-CHP, atingindo resposta completa no seguimento de 2 anos pós tratamento. **Conclusão:** Os BIA-ALCL são linfomas raros, e ainda mais incomuns quando possui disseminação sistêmica (estágios III-IV). A apresentação de relatos de caso como este é importante para o conhecimento da doença e compreensão sobre sua evolução e resposta terapêutica haja vista que a literatura e a experiência em relação a esse cenário clínico permanecem escassas.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.667

RELATO DE CASO: LINFOMA DE BURKITT ISOLADO EM APÊNDICE CECAL

TS Hahn [a], GCL Bellini [a], EW Silva [a], MFL Pezzi [a], LV Calderan [a], BK Losch [a], LM Lorenzini [a], AH Schuck [a], A Kittel [b], ACF Segatto [b], KCN Corbellini [b]

[a] *Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil*
[b] *Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil*

Introdução: O Linfoma de Burkitt (BL) é um linfoma não Hodgkin (LNH) altamente agressivo devido à desregulação do gene MYC, mantendo alta expressão desse gene o qual é responsável pelo crescimento, divisão e morte celular, fazendo o linfoma se desenvolver rapidamente. Ainda não há tratamento bem estabelecido para esse tipo de tumor, porém a quimioterapia combinada agressiva parece ser útil. **Objetivo:** Relatar um caso de Linfoma de Burkitt isolado em apêndice cecal. **Relato do caso:** Menino, 12 anos, previamente hígido, procurou atendimento na emergência de hospital terciário queixando-se de dor abdominal por 2 semanas com piora há 2 dias, inicialmente de maneira difusa mas com lateralização para flanco direito. Negava febre, náuseas, vômitos ou anorexia. Ademais, apresentava dor abdominal à palpação profunda de flanco direito, com massa palpável nesta região. Neste momento, suspeitou-se de apendicite, procedendo-se à laparotomia no mesmo dia. Durante a cirurgia, identificou-se apêndice edemaciado com tumoração em sua base de aproximadamente 5 cm. Assim, optou-se por realizar colectomia direita com ileostomia e linfadenectomia regional, tendo resultados de anatomopatológico de Linfoma Não-Hodgkin de alto grau com linfonodos e margens livres de neoplasia. Já a imuno-histoquímica veio com CD20 positivo, BCL6 positivo e Ki-67 em 100%, confirmando Linfoma de Burkitt. Durante o estadiamento, não foi encontrado doença em nenhum outro sítio, inclusive medula e líquor negativos. Assim, realizou tratamento quimioterápico com Protocolo FAB LMB 96 conforme grupo A, realizando dois ciclos de COPAD, respondendo à quimioterapia, com boa evolução clínica e remissão completa conforme PET-CT. Segue acompanhamento sem sinais de recidiva da doença. **Discussão:** O BL é o segundo principal linfoma da infância, representando cerca de 30% dos casos. A forma não endêmica (esporádica) costuma ter apresentação abdominal, como é o caso do paciente relatado, o qual teve acometimento de ceco. Devido sua fisiopatologia, possui uma fração de crescimento muito alta, sendo frequentemente encontrado Ki-67+ próximo de 100%. A sintomatologia varia em relação ao local acometido, geralmente de forma aguda ou subaguda podendo haver sintomas constitucionais de febre, sudorese noturna ou perda de peso, além de compressão de estruturas próximas pelo seu grande tamanho, inclusive, simular apendicite aguda. Quanto ao tratamento, ainda não existe um padrão ouro, sendo necessário otimizar o tratamento conforme gravidade, prevenir a recidivas, diminuir a toxicidade de órgãos e efeitos tardios. No caso em questão, optou-se pela realização do Protocolo FAB LMB 96 (Grupo A) pela menor toxicidade e estadiamento Ia de Ann Arbor, visto o acometimento isolado do apêndice. **Conclusão:** O linfoma de Burkitt é uma neoplasia agressiva, que apresenta crescimento rápido, podendo surgir em qualquer tecido linfático, inclusive no apêndice. A doença geralmente é grave, com tratamentos intensos e tóxicos, mas também resposta rápida à quimioterapia, com chances consideráveis de cura quando há estadiamentos precoces.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.668

LINFOMA DE CÉLULAS B PRIMÁRIO DO MEDIASTINO COM RECAÍDA NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL OCASIONANDO PAN-HIPOPITUITARISMO: RELATO DE CASO

MEF Barbosa, JNM Lins, LG Siqueira

Instituto de Educação Médica (IDOMED), Faculdade de Medicina, Universidade Estácio de Sá (UNESA), Juazeiro, BA, Brasil

Introdução: O Linfoma de células B primárias do Mediastino (LBPM) é representado, frequentemente, como uma massa tumoral que se localiza, principalmente, no mediastino anterior e correspondem a 10% dos Linfomas Difusos de Grandes Células B (LDGCB). O LBPM tem o potencial de se alastrar para órgãos adjacentes, assim como outros tecidos, vide adrenal, rim e Sistema Nervoso Central (SNC). Com isso, objetiva-se descrever um relato de caso sobre LBPM, que apresentou remissão após quimioterapia, com posterior recaída no SNC Supraselar, gerando Pan-hipopituitarismo. **Materiais e métodos:** Teve como ênfase a busca por dados presentes nos prontuários e nos laudos dos exames realizados. **Relato de caso:** Paciente masculino, 24 anos, apresentou quadro de sensação de pressão em face, acompanhado de desconforto torácico há 2 semanas. Diante disso, inicialmente, foi tratado com Amoxicilina com Clavulonato para sinusite. Após isso, retorna à emergência sem melhora clínica, somada a edema no pescoço. Em seguida, foram solicitadas Tomografias Computadorizadas (TC), com achados em tórax: massa lobulada na região Anterossuperior do mediastino medindo 8,3x5,8 cm, reduzindo 50% do lúmen da veia cava superior. Logo, foi concluída a Síndrome de Veia Cava Superior como a provável hipótese diagnóstica da sensação de pressão em face. Em seguida, foi realizada uma biópsia guiada por TC da

massa em mediastino, no qual evidenciou um resultado compatível com LBPM, com imuno-histoquímica: CD20+, BCL6+, MUM-1+, CD23+, CD45+, CD30+. Ki- 67 alto índice. Nesta ocasião, o estadiamento clínico Ann Arbor IIA. Foi realizada quimioterapia citorredutora COP e na sequência foi instituída quimioterapia com protocolo R-DA-EPOCH por 6 ciclos. Após isso, PET CT expôs estudo sem evidência de lesões hipermetabólicas com relevância oncológica, tendo resposta completa após o 6° ciclo. Dois meses após, o paciente abre quadro febril de origem indeterminada mais desconforto em mamilos, barramento visual e disfunção sexual. Posto isso, novas TC não mostraram lesões expansivas. Pela queixa do desconforto mamilar foi solicitado prolactina, revelando nível elevado. Isso motivou a realização de uma Ressonância Magnética (RNM) de crânio e hipófise, com visível recaída do linfoma em hipotálamo, infiltrando quiasma óptico bilateralmente. Foram dosados hormônios pituitários com todos abaixo dos seus níveis séricos normais, evidenciando Pan-Hipopituitarismo. Realizou-se protocolo de quimioterapia de resgate, MATRIX, junto com reposição hormonal. Uma nova RNM apontou uma redução total de 80% da lesão no SNC. No momento o paciente encontra-se em aguardo de um transplante de Medula óssea autólogo. **Discussão:** O LBPM se apresenta como massa localizada no mediastino anterior com crescimento acelerado, tendo sintomas como tosse, dispneia, disfagia e síndrome da veia cava superior precocemente. É mais comum a invasão de pleura, pulmão, pericárdio e parede torácica que em outras variantes de LDGCB. Ademais, em casos de disseminação, o SNC é comumente acometido. **Conclusão:** O caso demonstra o poder que alguns subtipos de Linfomas têm de acometer outros tecidos e órgãos. Logo, o caso trata-se de um LBPM que, mesmo apresentando uma boa remissão quimioterápica, apresentou-se em uma forma extranodal, acometendo o SNC, o que trouxe como consequência para o paciente um Pan-hipopituitarismo.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.669

RELATO DE CASO: LINFOMA/LEUCEMIA LINFOBLÁSTICO DE CÉLULAS T REFRATÁRIO

AH Schuck [a], CT Burtet [a], TS Hahn [a], EW Silva [a], MFL Pezzi [a], LV Calderan [a], BK Losch [a], LM Lorenzini [a], RD Lorandi [b]

[a] *Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil*
[b] *Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil*

Introdução: O linfoma linfoblástico de células T (LLB T) é um tipo de Linfoma não Hodgkin, podendo ser classificado como linfoma ou leucemia linfoblástica aguda dependendo do nível de acometimento da medula óssea (MO). É um tumor relativamente raro, representando cerca de 1-2% dos casos de linfomas, com predominância no sexo masculino. **Objetivo:** Relatar um caso de leucemia/linfoma linfoblástico T refratário. **Relato do caso:** Paciente masculino, 31 anos, previamente hígido. Interna em hospital terciário em 2022 por dor em região retroesternal e em hemitórax à direita, associado à odinofagia e perda ponderal de 4 kg em dois meses. Ademais, relatou aumento de região cervical, edema palpebral bilateral, febre e artralgia difusa, trazendo importante limitação das atividades diárias. Na admissão, devido aos sinais de síndrome de veia cava superior, solicitou-se raio X de tórax, o qual demonstrou aumento mediastinal. A tomografia computadorizada (TC) de tórax e pescoço evidenciou uma lesão expansiva no mediastino anterior de aspecto neoplásico. Prosseguiu-se com mediastinotomia para coleta de amostra, com imunohistoquímica compatível com linfoma linfoblástico T; aspirado de (MO) acometida desde o diagnóstico. Assim, iniciou-se corticoterapia e tratamento quimioterápico com protocolo Hyper-CVAD, com resposta clínica satisfatória, alcançando doença residual mensurável (DRM) de 0,014%, sendo optado por não realizar escalonamento de terapia devido os diversos episódios de neutropenia febril após cada ciclo quimioterápico. Contudo, durante a manutenção foi evidenciando recidiva da doença em sangue periférico (leucócitos 13.710/mm^3 com 45% de blastos) e acometimento medular de 92% de blastos. Dessa forma, optou-se pela reindução com novos ciclos de Hyper-CVAD como tentativa de uma nova remissão enquanto aguarda por transplante. **Discussão:** O LLB T pode se apresentar com linfadenopatia (cervical, supraclavicular e axilar) ou massa mediastinal, podendo gerar complicações como síndrome da veia cava superior, obstrução traqueal e derrame pericárdico. O diagnóstico de leucemia/linfoma linfoblástico de células T é obtido com uma biópsia de MO, com ou sem biópsia de outros tecidos envolvidos. O termo linfoma/leucemia é usado se houver ≥ 20% de blastos na MO, com ou sem uma lesão em massa. O melhor tratamento não é claro na literatura, sendo a quimioterapia combinada a principal opção. Estudos sugerem quimioterapia de manutenção por até dois anos após o tratamento para reduzir recidivas e, apesar da boa resposta ao tratamento para linfoma não Hodgkin, as recidivas são comuns. A avaliação da DRM é essencial para o acompanhamento desses pacientes, podendo guiar a necessidade de escalonar o tratamento conforme seus valores. Além disso, o transplante alogênico de células hematopoiéticas é uma alternativa, sendo indicado a terapia preparativa prévia (quimioterapia/radioterapia) a fim de reduzir a carga de blastos leucêmicos. **Conclusão:** O tratamento preconizado para o linfoma/leucemia linfoblástica T é quimioterapia e transplante de MO. Embora este linfoma seja de crescimento rápido, quando não há acometimento de MO ao diagnóstico, a chance de cura com quimioterapia é consideravelmente alta. No entanto, após a disseminação para a MO, apresenta pior prognóstico e risco de recidivas.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.670

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B EM MAXILA: RELATO DE CASO

AJB Melo [a], NLP Rangel [a], IFC Oliveira [a], JMD Nascimento [b], RVBD Oliveira [b]

[a] *Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), Passos, MG, Brasil*