

eventualmente, auxiliar na decisão terapêutica para o paciente nesse contexto.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.703>

LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO COM INFILTRAÇÃO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL: RELATO DE SÉRIE DE CASOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO

CMB Junior, MD Costa, LS Gonçalves,
JBD Santos, CLF Oliveira, FPP Sacre,
NVN Carvalho, VH Glasser, GAB Bretas

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio
de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O linfoma de células do manto (LCM) é uma neoplasia de células B maduras, que representa 5-10% de todos os linfomas não Hodgkin. Apesar de um subgrupo de pacientes ter um curso indolente, geralmente sua apresentação é agressiva. Enquanto envolvimento extranodal é relativamente comum em locais específicos como medula óssea e trato gastrointestinal, o envolvimento do sistema nervoso central (SNC) é raro (<5%), com prognóstico habitualmente desanimador. **Objetivo:** Relatar 2 casos de LCM com envolvimento do SNC acompanhados no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) com desfechos diferentes. **Métodos:** Dados foram coletados de prontuário físico e eletrônico no HUPE. Caso 01: Paciente feminina, 54 anos, com massa bulky cervical, de crescimento rápido nos últimos 3 meses, associada a perda ponderal de 20 Kg. Biópsia de linfonodo confirmou diagnóstico de LCM (ciclina D1+), variante pleomórfica, estágio IIBX. Fez 3 ciclos de R-DHAP (Rituximab, Dexametasona, Cisplatina e Citarabina) + 3 ciclos de R-CHOP (Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisona), com redução total de linfonodo cervical. Aguardava realização de PET e transplante autólogo de medula óssea para consolidação, quando interna por síndrome neurológica aguda. Ressonância magnética de crânio demonstrou lesão em ângulo ponto-cerebelar de 2 cm. Análise de líquido sem infiltração neoplásica. Biópsia por neurocirurgia confirmou linfoma B de mesma característica do diagnóstico. Optado por iniciar Ibrutinib 560 mg/dia. Paciente segue acompanhamento ambulatorial, com melhora de sintomas neurológicos. Caso 02: R.S.d.V, 72 anos, masculino, com dispneia há 10 meses, associada a sudorese noturna e perda ponderal de 40 kg. Imagens demonstraram linfonodomegalia generalizada, com derrame pleural bilateral e hepatoesplenomegalia. Tomografia de crânio realizada por outros motivos demonstrou massa em lobo frontal, confirmada com ressonância magnética de crânio. Biópsia de linfonodo periférico com marcação compatível com LCM (CD20+; CD5+ fraco; ciclina D1+). Imunofenotipagem de sangue periférico, líquido pleural e líquido com marcação similar. Haja vista performance status não permissivo para biópsia por neurocirurgia, optado por

iniciar tratamento com R-DHAP associado a terapia intratecal. Paciente evolui com melhora de derrame pleural, redução de linfonodos e com negativação de líquido, porém desenvolveu sepse por bactéria gram negativa MDR durante período de neutropenia, evoluindo ao óbito. **Discussão:** O LCM com envolvimento de SNC é uma entidade rara que está associada a mau prognóstico e a características de agressividade, como variantes blastóide e pleomórfica, LDH aumentado, alto índice mitótico (Ki67 >30%), MIPi score elevado. A apresentação em SNC é mais comum em casos recaídos, quando o envolvimento leptomeníngeo é mais comum que o parenquimatoso isolado. Alguns estudos têm demonstrado superioridade no uso de inibidores de Bruton Kinase sobre a quimioterapia (QT) convencional em casos recaídos, mas as opções terapêuticas continuam tendo desfechos desfavoráveis, sobretudo com altas taxas de toxicidade relacionada a esquemas intensivos de QT. **Conclusão:** a opção de uma terapia oral com posologia e perfil de efeitos adversos mais confortáveis que a terapia padrão mostra-se promissora, com boa resposta até o momento em uma das pacientes relatadas. Entretanto, o LCM com infiltração de SNC continua sendo uma entidade com altas taxas de mortalidade precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.704>

RELATO DE CASO: LINFOMA DE CÉLULAS T ANGIOIMUNOBLÁSTICO COM RECIDIVA EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL

EAS Rizzo, LR Miranda, AMC Junior

Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté, SP,
Brasil

Introdução: Linfoma de células T Angioimunoblástico é um subtipo raro de Linfoma de células T periféricas (PTCL). Apresenta incidência baixa, com predileção pelo sexo masculino e com incidência média de 59 a 65 anos. A maioria dos pacientes se encontram em estágio avançado da doença, frequentemente apresentam sintomas B e aumento generalizado dos linfonodos. Os acometimentos extranodais compreendem a medula óssea, com maior expressão, fígado, pele e pulmão. A neoplasia de células T é positiva para CD2, CD3, CD4, CD10, CXCL-13, PD1 e também BCL-6. O diagnóstico padrão-ouro é a biópsia linfonodal excisional. Tratamentos incluem esteroides, quimioterapia citotóxica e imunomoduladores, porém sem resultados satisfatórios de longos períodos de remissão da doença. **Método:** Revisão de prontuário de paciente atendido no serviço de Oncohematologia do Hospital Regional do Vale do Paraíba. **Relato de caso:** CZBG, sexo feminino, 40 anos, procurou primeiro atendimento em dezembro de 2015 por febre, sudorese noturna, prurido e emagrecimento há 3 meses, com agravamento progressivo e aparecimento de linfonodomegalias cervicais e axilares, além de dispneia e anasarca. Ao exame físico apresentava conglomerado linfonodal de níveis I e II à esquerda, de consistência endurecida, e linfonodos de até 1,5cm nos demais níveis à esquerda e axilares menores que 1cm. O PET/CT revelou