

no intuito de estabelecer não só progresso científico como também contribuir para maior sobrevida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.725>

LINFOMA PLASMABLÁSTICO COMO APRESENTAÇÃO DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE (DLPT)

ASA Silva, MESE Sá, MFH Costa, AQMS Aroucha, VECB Dantas, MCDM Cahu, EMS Thorpe, GSD Cortez, JO Vieira, ACC Lopes

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (DLPT) é uma entidade caracterizada por proliferação linfocítica anormal que ocorre em pacientes imunossuprimidos após transplante de órgãos. Sua patogênese está relacionada a um desequilíbrio entre a redução da vigilância imunológica das células T para evitar a rejeição do enxerto, com contribuição fisiopatológica da reativação de vírus oncogênicos, como o Epstein-Barr (EBV) nos linfócitos B, levando à proliferação descontrolada e transformação maligna. O linfoma plasmablástico (LPB) é um linfoma não Hodgkin de células B altamente agressivo frequentemente associado à imunossupressão, particularmente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Objetivo:** relatar o caso de paciente pós-transplante renal, com diagnóstico de linfoma plasmablástico como forma de apresentação de doença linfoproliferativa pós-transplante (DLPT). **Relato:** feminino, 38 anos, transplantada renal há 9 anos por nefrite lúpica e em uso regular de tacrolimus e azatioprina desde então, evoluiu com quadro de semiobstrução intestinal, com tomografia evidenciando múltiplas linfonodomegalias. Realizado histopatológico de produto de biópsia, que concluiu linfoma não-Hodgkin B com componente plasmablástico. PET-CT caracterizou linfonodomegalias mesentéricas, com espessamento parietal no corpo gástrico (SUV 8,2) e segmentar de alça intestinal ileal (SUV 17,7), determinando distensão do delgado a montante, e ainda lesão osteolítica no corpo do íliaco esquerdo (SUV 14,9). Sorologias para hepatites virais, sífilis, HIV, HTLV e toxoplasmose foram negativas, porém IgG para EBV e citomegalovírus foram reagentes. Ecocardiograma transtorácico não indicou alterações. Prescrito inicialmente esquema R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisona). Imunossupressores foram suspensos antes do início, com manutenção de prednisona 10 mg/dia. Após realização de 2 ciclos, paciente intercorreu com abdome agudo inflamatório por peritonite secundária a rompimento de parede intestinal, sendo submetida a enterectomia parcial com confecção de ileostomia. Posteriormente, retornou quimioterapia, mas com modificação das doses (adotado esquema R-mini-CHOP), totalizando 5 ciclos realizados até o momento. Pela necessidade de suspensão da terapia imunossupressora, houve piora dos níveis séricos de ureia e creatinina, com retorno da necessidade de terapia renal substitutiva. **Discussão:** o linfoma com componente

plasmablástico é uma entidade rara, por si só, o que dificulta a caracterização de padrões epidemiológicos e de comportamento clínico. De maneira mais clássica coexistindo à infecção pelo vírus HIV, essa relação tem diminuído em especialidade com o advento da terapia antirretroviral. Tal fato tornou mais comum outras possibilidades de ocorrência clínica, como no caso dos pacientes pós-transplante de órgãos sólidos. Paralelamente, os distúrbios linfoproliferativos pós-transplante representam uma complicação bem estabelecida e relatada nos receptores, com incidência e características clínicas podendo variar com comorbidades do paciente e o órgão transplantado. **Conclusão:** DLPT é uma entidade rara e muito heterogênea, tornando o consenso no diagnóstico e o tratamento muito desafiadores. A presença de fatores de risco epidemiológicos, como infecção pelo EBV, podem contribuir para o surgimento de neoplasias secundárias à imunossupressão crônica de causa não-infecciosa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.726>

RECAÍDA CARDÍACA DE LINFOMA EXTRANODAL DE CÉLULAS NATURAL KILLER/ CÉLULAS T, TIPO NASAL

MR Sagrilo, LPD Santos, VG Weber, BBC Paula, WF Silva, JC Salvador, GB Fischer, A Zago, G Bellaver

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

Introdução/Objetivos: O Linfoma Extranodal de Células Natural Killer (NK)/Células T, subtipo nasal (ENKL) é uma neoplasia rara, de comportamento agressivo e com associação o Epstein-Barr vírus (EBV). Neste trabalho, descrevemos o caso de paciente portador de ENKL, que realizou terapia de 1ª linha com protocolo SMILE e evoluiu com recaída cardíaca da doença enquanto aguardava realização de TCTH autólogo. **Material e métodos:** Relatamos o caso de paciente assistido em hospital universitário público do interior do Rio Grande do Sul e revisão de literatura em bibliotecas eletrônicas utilizando as palavras chaves: “lymphoma nk t cells extranodal nasal type”. **Resultados:** Homem, 41 anos, ECOG zero, com lesão expansiva na cavidade nasal, ulcerada para o palato, com 6 meses de evolução, com imuno-histoquímica compatível com Linfoma de células NK/T extranodal, tipo nasal (ENKL), estágio clínico IVB (acometimento pulmonar e esplênico), IPI alto risco e sorologia positiva para EBV, foi admitido para o 1º bloco de quimioterapia com protocolo SMILE em outubro de 2022. Após 2 ciclos, realizou PET-CT, com escore 4 (mínima atividade metabólica nasal). Após 3º ciclo, complicou com trombose de veia subclávia e jugular interna esquerda pelo uso da Pegasparaginase. No 4º ciclo, realizou protocolo sem a Pegasparaginase e o PET-CT que se seguiu não apresentava aumento anormal do metabolismo glicolítico (escore 1). Encaminhado para realização de transplante autólogo, fez mobilização com Filgrastim, não tendo atingido a celularidade mínima para realização. Por 1 mês aguardou liberação judicial de Plerixafor para reiniciar o protocolo de mobilização. Neste período iniciou com febre e

extrassístoles ventriculares e foi internado para investigação. Tomografia evidenciou massa cardíaca, confirmada em ecocardiograma. Submetido ao protocolo P-GEMOX, evoluiu com síndrome coronariana com supra de ST e choque cardiogênico após infusão de Oxiliplatina devido vasoespasm coronariano induzido pela droga, e no D7 do ciclo apresentou taquicardia ventricular e parada cardiorrespiratória com ROSC de 3min. Atualmente, com resposta clínica e redução de tumoração no ecocardiograma, iniciou 2º ciclo de P-GEMOX, com plano de transplante autólogo assim que remissão. **Discussão:** O ENKL representa cerca de 1,5% dos linfomas e é agressivo. A maioria dos pacientes tem doença limitada ao diagnóstico, porém nos de estágio avançado o prognóstico é reservado. Para estes, a quimioterapia intensiva, seguida de TCTH, é a única terapia curativa possível. Nosso paciente, ao diagnóstico apresentava com estágio avançado e IPI de alto risco, apesar da boa performance status. Não há consenso sobre o tratamento de 1ª linha, todavia esquemas contendo Asparaginase se mostram superiores. O paciente atingiu resposta completa após 4 ciclos do protocolo SMILE. O TCTH deve ser utilizado como terapia de consolidação ou de resgate para recaídas, não havendo dados claros para orientar se autólogo ou alogênico. Recaídas costumam ser frequentes, já descritas em região nasal e trato aerodigestivo, e protocolos contendo Gencitabina apresentam bons resultados para pacientes que já utilizaram Asparaginase. A recaída que relatamos ocorreu a nível cardíaco, não tendo sido encontrada na pesquisa realizada relato semelhante. **Conclusão:** O linfoma ENKL é agressivo e requer terapêutica com quimioterapia intensiva seguida de TCTH. Recaídas são frequentes, porém recaída a nível cardíaco ainda não foi relatada em literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.727>

LINFOMA DE HODGKIN PREDOMINÂNCIA LINFOCÍTICA NODULAR DE PADRÃO DIFUSO TRANSFORMADO PARA LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B EM CÉLULAS T: UM RELATO DE CASO

PC Gontijo ^{a,b}, ABGC Silva ^b, ALAC Freitas ^b,
CAV Silva ^b, FL Felicissimo ^b, JVENTZ Bellintani ^b

^a Cetus Oncologia, Betim, MG, Brasil

^b Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
(FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução/Objetivo: O sistema linfocítico tem um papel fundamental na defesa do organismo, entretanto pode se tornar disfuncional em alguns casos, levando ao surgimento de doenças graves, como os linfomas. O objetivo deste trabalho é relatar a evolução de um paciente de 27 anos com Linfoma de Hodgkin Predominância Linfocitária Nodular de padrão difuso (LHPLN) transformado para Linfoma Difuso de Grandes Células B rico em T (LBRCT), além de evidenciar a dificuldade no tratamento desse subtipo de doença. **Material e métodos:** Trata-se de um Relato de Caso, em que as informações do paciente foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, discussão do caso com a equipe

médica responsável e revisão da literatura. **Resultados:** Em 2016, o paciente foi internado após procurar por atendimento médico devido a paraparesia súbita de MMII ao despertar, sem hipoestesia ou outros sintomas associados. Nesse período, foi notada massa axilar esquerda de rápida evolução e emagrecimento significativo, de 42 kg em dois meses, ou seja, aproximadamente, 50% do peso corporal. Aos exames de imagem, biópsia e imuno-histoquímica, foi diagnosticado com LHPLN transformado para LBRCT. A neoplasia apresentou focos neoplásicos unilaterais e bilaterais em linfonodos paravertebrais, axilares, cervicais, esplênicos, hilares e outras regiões, sendo o estadiamento da doença IVB. O paciente apresentou refratariedade à quimioterapia e não obteve sucesso no transplante autólogo, apresentando 4 recidivas da doença. Atualmente, encontra-se em controle do quadro, relatando como sintoma fadiga associada a atividades intensas do dia a dia, como arrumar casa, além de outros dois casos de paraparesia dos MMII no final de 2022 e em maio de 2023, com melhora do quadro após internação em ambos os casos. A última sessão de quimioterapia foi em julho de 2023. **Discussão:** A terapêutica envolvida nos LHPLN transformado para LBRCT é complexa, pois esse tipo de câncer pode estar associado a uma diversidade de características moleculares e bioquímicas das células neoplásicas, variando as condutas e os tratamentos prescritos. Dessa forma, os sintomas podem se manifestar de várias formas, inclusive serem sutis e isolados, dificultando o diagnóstico e limitando as possibilidades terapêuticas, tal como ocorre nos casos em que há resistência à quimioterapia. Devido a essas questões, essa doença deve ser acompanhada por uma equipe multidisciplinar, que visa a individualidade de cada caso clínico. **Conclusão:** A transição de LHPLN a LBRCT é uma condição que predispõe a agressividade do linfoma e a refratariedade aos tratamentos existentes. Desta forma, o conhecimento e o contato com pacientes que apresentam essa patologia são vitais para a ampliação do manejo clínico e melhora do prognóstico. As manifestações clínicas da doença devem ser sempre consideradas e avaliadas criteriosamente, devido às frequentes dúvidas diagnósticas dos exames complementares em casos de transição de LHPLN a LBRCT. A determinação do diagnóstico rapidamente é de suma importância devido à frequente apresentação avançada com pior prognóstico do LBRCT.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.728>

RELATO DE CASO: LINFOMA LINFOBLÁSTICO T BULKY DE ALTO RISCO

EW Silva, JPF Giacomelli, BK Losch, MFL Pezzi,
AH Schuck, TS Hahn, LV Calderan,
LM Lorenzini, A Kittel, ACF Segatto,
KCN Corbellini

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul,
RS, Brasil

Introdução: O Linfoma Linfoblástico (LBL) é uma neoplasia definida por lesão em massa e menos de 20% de blastos na medula óssea (MO). Conforme sua linhagem celular