

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

precursora, é dividido em tipo B, T ou NK. Acomete predominantemente a população pediátrica, sendo 2x mais comum no sexo masculino. O LBL-T representa 15% dos LBL da infância e 25% da idade adulta, sendo 2% dos linfomas não-Hodgkin. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente com Linfoma Linfoblástico T Bulky de alto risco. **Relato de caso:** Adolescente de 14 anos, masculino, previamente hígido, encaminhado ao hospital terciário por massa mediastinal associada a derrame pericárdico de grande volume. Sintomas iniciaram há 15 dias do atendimento, com desconforto em região torácica, astenia, anorexia, perda de peso e dispneia, sendo realizado estudo radiográfico do paciente, a qual se evidenciou massa volumosa de 15,2 x 15,1 x 11,5 cm, com realce heterogêneo pelo contraste, localizada em mediastino anterior e mediastino médio, envolvendo aorta e ramos supra-aórticos, além de compressão extrínseca da artéria pulmonar esquerda. Primeiramente, a análise anatomopatológica da lesão sugeria Linfoma de Burkitt (LB), sendo instituído protocolo CODOX-M pela gravidade dos sintomas. Todavia, a imunohistoquímica apresentava positivos TdT, CD3, CD7, BCL2, BCL6, c-Myc e Ki67 de 80%, além de negativo CD20. Dessa forma, pela predominância de marcadores de célula T, ausência de CD20 e Ki67 abaixo de 90% (falando contra LB) o diagnóstico foi considerado como LLB T e os marcadores BCL2 e BCL6 foram associados ao tumor estar em centro germinativo. Assim, modificou-se o esquema para BFM 2009. Apesar da indução, o paciente continuou com lesão significativa em tórax, medindo aproximadamente 4,3 x 1,9 x 1,6 cm, configurando como doença de alto risco. E, somente após o HR2 na consolidação, foi constatado desaparecimento das lesões prévias, permanecendo tanto com aspirado de medula e líquido negativos para células malignas. **Discussão:** Esses pacientes costumam apresentar linfadenopatias (cervicais, supraclaviculares e axilares) em 50% dos casos, sintomas B em metade deles ou uma massa mediastinal em 50% a 75% das vezes. Na maioria dos casos essa massa é anterior, volumosa e causadora de complicações em decorrência de sua expansibilidade, como derrames pleurais, síndrome da veia cava superior, obstrução traqueal e derrames pericárdicos. Mais de 80% dos pacientes apresentam a doença em estágio III ou IV, com uma evolução bastante variável, podendo progredir rapidamente ou ao longo de meses. Cerca de 60% dos pacientes desenvolvem infiltração da medula óssea e/ou acometimento do sistema nervoso (SNC) com a evolução do quadro. O prognóstico apresenta diversas variáveis a serem consideradas, mas a doença residual mensurável é o único fator prognóstico independente. Caso a doença persista ao final da indução, é considerada alto risco, e se permanecer após consolidação, é de muito alto risco com indicações de transplante. **Conclusão:** Historicamente o LLB T era considerado de pior prognóstico quando comparado ao de células B e, embora esse hiato esteja diminuindo com a instituição de novos protocolos de quimioterapia mais intensos, ainda é necessário o estudo de novas drogas para os pacientes de alto e muito alto risco.

LINFOMA LINFOBLÁSTICO T GRAU IV, EMIGRAÇÃO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA

EW Silva^a, L Dossin^a, MFL Pezzi^a, AH Schuck^a, TS Hahn^a, BK Losch^a, LV Calderan^a, LM Lorenzini^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 linfoblástico de células T (LLB T) é o segundo linfoma mais comum na população pediátrica e, como toda neoplasia, precisa de acompanhamento frequente e multidisciplinar, visto que as terapêuticas apresentam riscos à saúde do paciente. Desse modo, deve-se optar por protocolos com maior índice de resolutividade e menores efeitos colaterais. Essas medidas podem ser consideradas utópicas em localidades em que não haja um sistema de saúde que comporte tamanha complexidade. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente pediátrico com LLB T e acometimento medular que imigrou ao Brasil para complementação terapêutica. **Relato de caso:** Menino, 11 anos, previamente hígido com diagnóstico de LLB T com acometimento medular, na Venezuela, em janeiro de 2023. Realizou indução conforme protocolo BFM 95. Nesta fase, conforme relatórios do país de origem, teve diversas complicações, como trombose venosa profunda, neutropenia febril e diagnóstico presuntivo de lesão aguda pulmonar relacionada à transfusão (TRALI). O paciente deveria ter iniciado a fase de consolidação, porém, devido à falta de condições para continuidade do tratamento quimioterápico no hospital de origem e transplante caso houvesse recidiva, a família optou pela emigração. Chegaram ao Brasil buscando atendimento em hospital terciário via emergência. Neste momento, foi realizado novo estudo radiográfico assim como avaliação medular e líquórica, havendo apenas linfonodomegalia cervical. Assim, iniciou consolidação conforme protocolo BFM 2009. Durante o bloco HR2, o paciente buscou atendimento devido confusão mental, episódio convulsivo e febre, sendo realizado TC de crânio, o que evidenciou trombose venosa com transformação hemorrágica intraparenquimatosa, evoluindo positivamente sem déficits neuromotores aparentes. **Discussão:** A apresentação clínica dos pacientes com LLB é caracterizada por linfadenopatia cervical e/ou massa mediastinal volumosa. Mais de 80% dos pacientes se apresentam clinicamente com a doença em estágio III ou IV e quase 50% apresentam sintomas B. Embora a MO frequentemente não esteja envolvida na apresentação, aproximadamente 60% dos pacientes desenvolvem uma fase leucêmica subsequente indistinguível da leucemia linfocítica aguda de células T. No que se refere às questões migratórias, não há regulamento que trate especificamente sobre atendimento de estrangeiros pelo SUS, a não ser por acordos feitos entre os países, que em muitos casos não contemplam as nuances do tratamento de cada paciente. Desse modo, os pacientes imigrantes encontram muitas dificuldades para acessar a terapia completa, como exemplifica o presente