

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

relato, cujo paciente possui visto somente até o mês de Agosto de 2023, sendo que seu tratamento se completa no ano de 2025. Apesar de todos entraves socioeconômicos, o SUS está em constante atualização para auxiliar, receber e tratar esses pacientes imigrantes da melhor maneira possível, aplicando protocolos e condutas atualizados, visando assistir países que estão em grave crise sanitária, política e humanitária e, portanto, que não conseguem fornecer as condições necessárias para conduzir os casos. **Conclusão:** Apesar do SUS atender as necessidades das populações migratórias atualmente, o Brasil pode se tornar um centro de refugiados da América Latina, por conseguinte, ainda faltam políticas públicas e planejamento para que os pacientes estrangeiros possam ser atendidos de forma integral.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.730>

MIELOMA PLASMABLÁSTICO DO DIAGNÓSTICO AO TRATAMENTO: RELATO DE CASO

ASA Silva, MESE Sá, JO Vieira, MFH Costa, MCDM Cahu, VECB Dantas, MP Cesar, GSD Cortez, EMS Thorpe, DF Moura

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

Introdução/Objetivos: Mieloma plasmoblástico (MP) é um raro e agressivo subtipo do mieloma múltiplo (MM) caracterizado pela presença de plasmablastos associado a sobrevida reduzida. O MP deve ser diferenciado, ainda, do linfoma plasmablastico (LP). A correta definição diagnóstica é importante para o seguimento clínico. **Resultados:** Paciente masculino, 61 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico, evolui com lombalgia há 4 meses, além de parestesia, parada de deambulação e retenção urinária com necessidade de sondagem vesical de demora. Exames demonstraram lesões osteolíticas difusas em coluna dorsal com invasão de canal medular. Imunohistoquímica concluiu tratar-se de células plasmablasticas, CD138+, CD10-, CD20-, PAX5+, Ki67 90%. A pesquisa do vírus do Epstein-Barr (EBV) pela reação de hibridização in situ foi negativa. Sorologia para HIV negativa. Mielograma evidenciou 1% de plasmócitos, imunofixação de proteína urinária IgG lambda e proteína sérica pico gama monoclonal 20,3%. Realizada descompressão de canal medular, além de seis ciclos de CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona) e oito ciclos de bortezomib. Apresentou boa resposta à quimioterapia inicial, sendo realizado transplante de medula autólogo. Posteriormente, paciente evolui clinicamente bem, entretanto persistiu com a paraplegia. **Discussão:** A compressão do canal medular por plasmablastos é uma emergência que pode ocorrer em até 20% dos pacientes com MP. Estudos demonstram má recuperação da função neurológica após a compressão, com raros relatos de melhora significativa de função motora associado a pronta corticoterapia, abordagem cirúrgica e radioterapia. É essencial, ainda, a distinção do MP e do LP, já que ambas entidades apresentam marcadores imuno-histoquímicos semelhantes. Doença

extramedular com envolvimento nodal, ascite, HIV e EBV positivos favorecem o diagnóstico de LP, enquanto que o envolvimento de plasmócitos da medula óssea, com características clínicas típicas de MM, favorece o MP, bem como compressão de medula óssea. **Conclusão:** Ilustrado caso de doença rara com boa resposta a tratamento. Deve-se priorizar ágil reconhecimento diagnóstico devido a alta mortalidade e prognóstico reservado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.731>

RELATO DE CASO: LINFOMA TESTICULAR COM SOBREVIDA LONGA E SEGUNDA NEOPLASIA

MA Goncalves^a, AFC Vecina^b, JR Assis^b, MG Cliquet^b, BN Nascimento^b, JA Rena^b, EAD Santos^a, GMM Pascoal^b, DR Spada^b

^a Conjunto Hospitalar de Sorocaba (SES/SECONCI), Sorocaba, SP, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Linfoma testicular primário representa 1% de todos os subtipos de linfoma e configura a principal neoplasia maligna testicular acima de 60 anos, tendo como principal tipo histológico Difuso de Grandes Células B (LDGCB). O tratamento se baseia em quimioterapia (QT), radioterapia (RT) do testículo contralateral e profilaxia do sistema nervoso central (SNC), e embora tenha havido melhora do prognóstico com incorporação do rituximabe à quimioterapia, aumentando a sobrevida global, possibilitou também o surgimento de 2ª neoplasia. **Objetivo:** descrever um caso de linfoma testicular com sobrevida longa e 2ª neoplasia. **Relato do caso:** C.A., masculino, 58 anos, previamente hígido, com aumento escrotal indolor e unilateral, sem sintomas B havia 6 meses, diagnosticado com LDGCB em 2015 após orquiectomia. A imunohistoquímica revelou Ki67 95%, CD20, CD10 e BCL2 positivos. Estadiamento com tomografias não denotou adenomegalias e não havia infiltração em biópsia de medula óssea. Portanto, tratava-se de LDGCB estágio IaA, GCB e IPI-R de baixo risco. Foi tratado com R-CHOP por 6 ciclos, associados a QT intratecal e RT em 15 sessões no testículo contralateral, com remissão completa evidenciada em PET-CT pós-tratamento. Em 2023 apresentou sintomas constitucionais associados a disфония, com exame endoscópico evidenciando lesão polipoide laríngea, cuja biópsia confirmou diagnóstico de carcinoma espinocelular de cordas vocais, atualmente em RT. Mantém-se em remissão completa da doença hematológica. **Discussão:** Embora o linfoma testicular possa se associar ao acometimento de SNC, a maioria dos pacientes encontra-se, ao diagnóstico, com IPI de baixo risco, sem sintomas B, com doença localizada e edema testicular indolor unilateral que antecede o diagnóstico em 1-8 meses, sendo este normalmente realizado por orquiectomia. Atualmente recomenda-se QT com rituximabe e profilaxia de SNC, bem como RT do testículo contralateral. Embora desconheça-se a taxa de