

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<sup>a</sup>, AFC Vecina<sup>b</sup>, JR Assis<sup>b</sup>, MG Cliquet<sup>b</sup>, BN Nascimento<sup>b</sup>, JA Rena<sup>b</sup>, EAD Santos<sup>a</sup>, GMM Pascoal<sup>b</sup>, DR Spada<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Conjunto Hospitalar de Sorocaba (SES/SECONCI), Sorocaba, SP, Brasil

<sup>b</sup> 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 disfonia, 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