

RELATO DE CASO: LINFOMA MALT COM ACOMETIMENTO LIMITADO A INTESTINO DELGADO E CÓLON

ACB Edir, IS Barbosa, CC Miranda, JC Faccin, MDC Gonçalves, M Castro, PZ Rebutini, CBDS Sola, GRO Medeiros, SK Nabhan

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Objetivo: Relatar o de caso de uma condição clínica rara de linfoma MALT com acometimento intestinal, com o objetivo de agregar conhecimento para o diagnóstico diferencial desta patologia nas lesões primárias intestinais. **Relato de caso:** Paciente masculino, 56 anos, procurou serviço de urgência devido dor lombar, dor abdominal em hipogástrio e perda ponderal de 16 kg, com 8 meses de evolução. Não apresentava sudorese noturna, febre e linfonodomegalias palpáveis. Em tomografia de abdome, havia lesão nodular expansiva sólida em fossa ilíaca direita, medindo 4.3 x 3.8 x 3.1 cm, sugestiva de lesão mesenterial primária. Apresentava hemograma e LDH normais. Realizada enterectomia segmentar com ressecção de lesão em intestino delgado, com característica infiltrativa, de 8cm de diâmetro, próximo a borda mesentérica da alça e linfadenectomia regional. O anatomopatológico e imuno histoquímica da lesão demonstravam neoplasia linfoproliferativa, com infiltração e erosão da mucosa entérica até a subserosa, com linfócitos pequenos, de aspecto monocitoides, positivo para CD20, Ki 67 de 10% e negatividade para CD5, C10 e ciclina D1, compatíveis com linfoma da zona marginal intestinal, com acometimento linfonodal adjacente. O PET-CT após o procedimento cirúrgico evidenciava aumento difuso do metabolismo em cólon transverso, esquerdo e sigmóide, com SUV máximo de 18,5 e metabolismo fisiológico nas demais regiões. Devido a extensão da lesão, com acometendo difuso do cólon, limitando a indicação de radioterapia ou cirurgia local, foi optado por iniciar quimioterapia com rituximab, ciclofosfamida, vincristina e prednisona (R-CVP). **Discussão:** O linfoma de Zona Marginal é um subtipo de Linfoma Não Hodgkin que se origina de linfócitos B presentes na zona marginal dos folículos linfoides. Inclui três subtipos, a depender do local acometido: LZM Extranodal do Tecido Linfoide Associado à Mucosa (Linfoma MALT), LZM esplênico e LZM nodal, sendo que o MALT é o mais frequente dos subtipos (70%). O local mais frequentemente acometido no Linfoma MALT é o estômago (47%) e o envolvimento colorretal é raro (17%), sendo ainda menos comum a concomitância da doença em intestino delgado e cólon. Possui comportamento indolente, em geral pouco sintomático e, quando apresenta sintomas, estes irão depender do órgão acometido, podendo se manifestar com perda ponderal, alteração do hábito intestinal e sangramento digestivo. A fisiopatologia não está bem estabelecida, acredita-se que esteja associado à estimulação antigênica crônica por autoantígenos e/ou patógenos microbianos, induzindo acúmulo de tecido linfoide, mas não possui vínculos evidentes com fatores de risco conhecidos nos demais linfomas MALT. O tratamento do linfoma MALT em geral depende do órgão acometido, podendo ser apenas com a erradicação do patógeno envolvido quando essa associação é bem estabelecida, mas no MALT intestinal, onde não há

essa associação, vai depender do estadiamento da doença. Para a doença localizada, inclui ressecção cirúrgica da região acometida e/ou radioterapia, associadas ou não à quimioterapia. Já na doença avançada, a quimioterapia é o tratamento de escolha. **Conclusão:** Este caso ilustra um caso raro de linfoma MALT com acometimento intestinal em delgado e cólon, se apresentando com um desafio diagnóstico e terapêutico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.745>

LINFOMA EXTRANODAL DE CÉLULAS DE NK/T TIPO NASAL: RELATO DE CASO

ASA Silva, MESE Sá, GSD Cortez, MFH Costa, JO Vieira, MC Araújo, MP Cesar, EMS Thorpe, ACC Lopes, AQMS Aroucha

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

Introdução: O linfoma extranodal de células de NK/T tipo nasal é um linfoma agressivo geralmente associado com infecção pelo Epstein-Barr vírus, com predileção racial e geográfica para países latinos e asiáticos. **Relato:** paciente sexo masculino, 81 anos, trazido pelos familiares para investigação de anemia, com quadro clínico de sangramento nasal, sem sinais ou sintomas B associados. De antecedentes, presença de hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, etilismo e demência senil. À admissão, apresentava anemia (hemoglobina 10,8 g/dL) normocítica e normocrômica, com velocidade de hemossedimentação de 78 mm/1 hora, sem alterações de ureia, creatinina, lactato desidrogenase, ionograma, coagulograma, eletroforese de proteínas, enzimas hepáticas ou canaliculares. Anti-HBs foi reagente, às custas de anti-HBc IgG (sendo IgM negativo). Tomografia de seios de face evidenciou lesão expansiva sólida na fossa nasal direita, ovalada, relacionada ao corneto inferior, obliterando meato inferior e medindo cerca de 2,8x2,0x1,5cm, sem sinais de invasão de estruturas adjacentes, margeando borda interna da narina direita. Posterior realização de biópsia da lesão nasal mostrou achados morfológicos que, associados ao perfil imuno-histoquímico, favoreceram o diagnóstico de linfoma extranodal de células de NK/T tipo nasal. Mediante este diagnóstico, os exames de estadiamento foram realizados: biópsia de medula óssea sem infiltração neoplásica e PET-CT com Deauville 5 (linfonodos axilares esquerdos de até 10 mm com SUV 5,9 e lesão óssea em fêmur esquerdo com SUV 22,3). Havia, ainda, alterações no trabeculado ósseo com áreas escleróticas em pelve, à direita, sugerindo doença de Paget, com várias áreas osteoarticulares degenerativas. Ecocardiograma transtorácico mostrou disfunção diastólica tipo I, remodelamento concêntrico de ventrículo esquerdo de grau discreto, dilatação de aorta ascendente de 3,7 cm, insuficiência aórtica discreta e alterações valvares senis, sendo a fração de ejeção do ventrículo esquerdo 67%. Como paciente debilitado clinicamente e sem performance para tolerar quimioterapia intensiva, optado por tratar com radioterapia na dose de 30Gy/10Fx (totalizando 10 sessões). **Discussão/Conclusão:** este caso ilustra uma doença agressiva que acometeu paciente idoso sem condições clínicas de tolerar terapias com finalidades

curativas (quimioterapia intensiva e transplante de medula óssea), sendo optado por realização da radioterapia, cuja taxa de recaída é alta para este subtipo de linfoma.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.746>

INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA GRAVE ENTRE ACALABRUTINIBE E ESCITALOPRAM EM PACIENTE COM LINFOMA DO MANTO: RELATO DE CASO

LFE Santana, LBD Santos, LV Oliveira, NA Leite, RML Borges, MBV Lima

Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: Acalabrutinibe é um inibidor de tirosina quinase de Bruton (iBTK), de segunda geração, indicado para algumas neoplasias de células B. Alguns dos eventos adversos do iBTKi decorre da inibição fora do alvo de receptores, como das quinases da família TEC. Os iBTK de 2ª geração tem maior especificidade, menor inibição fora do alvo e melhor perfil de segurança, quando comparado aos de 1ª geração. O caso clínico descrito ratifica os riscos associados a polifarmácia, que favorece reações adversas através de interações medicamentosas. **Relato de caso:** Paciente masculino, 86 anos, portador de Linfoma de Células do Manto recidivado, cursou com disfagia por lesão neoplásica extensa em orofaringe e traqueia. Devido risco de obstrução de vias aéreas foi realizado COP citorredutor, com redução de mais de 50% das lesões. Posteriormente foi optado, devido idade, fragilidade e comorbidades, por iniciar Acalabrutinibe. Após 8 dias de IBTK, paciente evoluiu com lesões equimóticas em braços, com evolução progressiva, erupção purpúrica extensa, endurecida e confluenta com edema subcutâneo, afetando toda extensão de membro superior direito. O quadro motivou internação por suspeita de isquemia. Diagnósticos diferenciais incluíram doenças autoimunes, infecção e vasculite. Exames de imagem afastaram fatores trombóticos e compressivos. Autoanticorpos, coagulograma e bioquímica sem alterações. Sem resposta à antibioticoterapia empírica. Descartada outras causas, a manifestação cutânea foi caracterizada como evento adverso não hematológico ao IBTKi agravado pelo uso de escitalopram. **Discussão:** Efeitos colaterais dos IBTK são o principal motivo de descontinuidade no primeiro ano, o que pode se traduzir em sobrevidas globais e livres de progressão menores. Eventos dermatológicos são caracterizados por hematomas, infecções/erupções, foliculite, paniculite. As toxicidades cutâneas são comuns, entretanto a maioria dos casos são leves. A frequência de eventos dermatológicos é de 23-33%; 31-39% e 43% respectivamente para Ibrutinibe, Acalabrutinibe e Zanubrutinibe. Neste caso a biópsia de pele evidenciou apenas dermatoporose e atrofia epidérmica, comuns em idosos, susceptível a hematomas dissecantes profundos. Associa-se à inibição de TEC quinases, alterando sinalização de receptores plaquetários, como glicoproteína VI e fator de

von Willebrand. O escitalopram também inibe a agregação e ativação plaquetária. Ambos são metabolizados pela enzima CYP3A4. A interação entre estes fármacos, apresenta categoria de risco grau C, devendo ser monitorizado pelo potencial de aumentar o efeito anti-plaquetário, contudo não foi descrito se o compartilhamento da via de metabolização possa alterar o nível sérico do Acalabrutinibe, potencializando os seus eventos adversos ou apenas a ação antiplaquetária das drogas justificaria apresentação clínica no caso relatado. Considerando risco-benefício, optou-se por manter Acalabrutinibe e substituir escitalopram por outra classe. O paciente evoluiu com absorção progressiva do hematoma e sem recorrência de lesões. **Conclusão:** O caso clínico destaca evento adverso cutâneo exuberante pela associação do acalabrutinibe com Escitalopram. A ocorrência de interações medicamentosas como a descrita chama atenção da necessidade de conhecer o perfil de farmacocinética e farmacodinâmica das drogas, como subsídio na reconciliação medicamentosa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.747>

A IMPORTÂNCIA DA BIÓPSIA NO MANEJO DOS LINFOMAS ENTRE DEMAIS NEOPLASIAS: RELATO DE CASO

ML Soares^a, ACS Rocha^a, AVC Oscar^a, JW Ferreira^a, JS Gomes^a, LQED Vale^a, RM Bastos^a, RS Ferreir-Júnior^a, SL Mesquita^a, GF Silva^b

^a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

^b Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), São Luís, MA, Brasil

Introdução/Objetivos: O linfoma não Hodgkin tem como um dos subtipos mais recorrentes o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), atingindo principalmente indivíduos a partir de 60 anos. Clinicamente, o paciente pode apresentar linfonodos aumentados, dor persistente e perda de peso. Na suspeita de recaída ou refratariedade, é sempre importante realizar uma nova biópsia para confirmar que se trata da mesma doença originalmente tratada, uma vez que podemos encontrar pacientes com neoplasias concomitantes e isso muda a trajetória deste paciente, bem como impacta na decisão terapêutica. **Material e métodos:** Foi realizada uma revisão do tema em literatura na base de dados do PUBMED e do SciELO e relato de 1 caso a partir do levantamento de dados no prontuário após autorização do paciente. **Resultados:** Paciente J.N.S, 71 anos, sexo masculino encaminhado do serviço de endocrinologia ao diagnosticar um linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) na biópsia de linfonodo cervical direito durante estadiamento de carcinoma papilífero tireoideano. A imunohistoquímica confirmou ser LDGCB com possibilidade de double hit com ki67 de 90%. O paciente apresentava sintomas B, era coronariopata com histórico de revascularização cardíaca e aneurisma de VE, além de