

estágio IE, IPI 1. Submetido a 6 ciclos de quimioterapia com protocolo R-CHOP apresentando remissão completa. Recaída precoce do linfoma com massa em região ilíaca direita de extensão retroperitoneal. Submetido a esquema de 4 ciclos de quimioterapia de resgate com protocolo GDP apresentando remissão parcial. Consolidação com transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) autólogo com protocolo LACE em janeiro de 2024 com remissão completa. **Discussão:** O LPO é um tipo de linfoma que se manifesta com uma ou mais massas no osso, sem acometimento linfonodal. Os pacientes com HIV possuem mais frequentemente sintomas B e acometimento extranodal, como o primário ósseo relatado acima. O LPO geralmente tem prognóstico mais favorável do que a doença nodal clássica. O tratamento consiste em 6 ciclos de quimioimunoterapia com o protocolo R-CHOP e a consolidação com radioterapia também pode ser utilizada. Nesse caso, o paciente apresentou uma recaída de doença precoce e foi tratado com protocolo quimioterápico de segunda linha e consolidação com TCTH autólogo. Na recaída precoce o resgate com terapia celular, CART cell CD19, está associada a maior sobrevida global, mas essa terapia não está disponível no SUS.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.390>

RELATO DE CASO - LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM ACOMETIMENTO SECUNDÁRIO DE SNC

HM Candreva, CP Eccard, MD Costa, JB Santos, ACAA Lima, SS Soares, LS Souza, AR Soares, RLR Baptista

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LNHDGCB) é o subtipo de linfoma B de alto grau mais comum. A doença se manifesta com linfonodomegalia, que pode ser localizada ou generalizada, e o acometimento extranodal pode acontecer em 30% dos casos. O sistema nervoso central (SNC) pode ser acometido tanto ao diagnóstico como na recaída, pode ser isolado ou sincrônico a doença sistêmica e está associado a um pior prognóstico. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 34 anos, sem comorbidades prévias com queixa de dispneia progressiva associada a sintomas B. Procurou emergência e realizou tomografia de tórax que evidenciou massa bulky mediastinal. Submetida a biópsia da massa com diagnóstico de LNHDGCB, tipo ABC. TC de abdome de estadiamento evidenciando lesão pancreática, renal, anexial, retrouterina, duodenal e ovariana bilateral. Diagnóstico de LNH DGCB, tipo ABC, estágio IVB, IPI 4 e IPI SNC 4 (alto risco). Submetida a 6 ciclos de quimioterapia com protocolo R-CHOP e em seguida 2 ciclos de Metotrexato em altas doses sistêmico profilático. Paciente evoluindo com progressão de doença em SNC (nódulos em parênquima) e aumento das massas abdominais. Submetida a quimioterapia de resgate com protocolo com Citarabina e Metotrexato em altas doses e consolidação com TCTH autólogo com condicionamento BuCyVP em abril 2021. Resposta parcial ao TCTH autólogo, com progressão rápida de doença sendo submetida

a cuidados paliativos. **Discussão:** Pacientes com LNHDGCB com IPI SNC elevado apresentam alta chance de recaída da doença em SNC e a profilaxia com Metotrexato em altas doses apesar de indicada por alguns grupos não parece ser efetiva de acordo com estudos recentes. O LNHDGCB com acometimento de SNC tem um prognóstico reservado e a única opção curativa é a quimioterapia que contemple drogas que ultrapassem a barreira hematoencefálica e a consolidação com TCTH autólogo com condicionamento que contemple principalmente Tiotepa, droga não disponível no SUS. A terapia celular com CART cell CD19 é uma opção efetiva para pacientes com LNHDGCB recaído mesmo com acometimento do SNC, o que não acontece nesse cenário com os anticorpos biespecíficos antiCD20 x CD3 que não penetram o SNC.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.391>

CENTRAL NERVOUS SYSTEM INVOLVEMENT IN AGGRESSIVE ATLL: CAN WE PREDICT THE RISK IN A DEVASTATING COMPLICATION? EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL FEATURES FROM LATIN AMERICA. A COLLABORATIVE STUDY FROM GRUPO DE ESTUDIO LATINO-AMERICANO DE LINFOPROLIFERATIVO (GELL) & T-CELL BRAZIL PROJECT (TCBP)

N Zing^a, T Fischer^b, E Miranda^c, Y Gonzaga^d, MA Dias^e, RLR Baptista^f, G Duffles^c, R Schaffel^g, FL Nogueira^h, D Bortucchiⁱ, RSA Silva^j, SAB Brasil^k, KZ Cecyn^l, VLP Figueiredo^m, NS Castroⁿ, YS Rabelo^o, GFS Barros^p, A Hallack-Neto^q, PPG Radtke^r, MALHM Conhalato^s, DV Clé^t, J Pereira^u, F Barroso^v, RR Sousa^v, H Quintero^w, D Castro^x, B Beltran^y, D Enriquez^z, J Vasquez^z, C Roche^{aa}, D Artiles^{aa}, F Valvert^{ab}, L Villela^{ab}, C Oliver^{ac}, L Korin^{ad}, C Pena^{ae}, M Roa^{ae}, MAT Viera^{af}, AV Glasenapp^{ag}, A Quiroz^{ag}, CS Figari^{ah}, R Rios^{ai}, S Paredes^x, EE Saul^{aj}, C Bermack^{aj}, K Meza^{ak}, B Valcarcel^{al}, CA Souza^c, L Malpica^{aj}, CS Chiattonne^{k,am}

^a Prevent Senior & A Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), São Paulo, Brazil

^b AC Camargo Câncer Center, São Paulo, Brazil

^c Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil

^d Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, Brazil

^e Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Brazil

^f Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) & Oncologia D'Or do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

^g Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil

^h Hospital Luxemburgo (HL), Belo Horizonte, Brazil

ⁱ Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, Brazil