

agente para tratamento em concordância com as diretrizes atuais. O paciente do relato encontra-se já em uso do novo protocolo adotado, porém ainda sem tempo de tratamento necessário para observação de resposta.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.510>

LINFOMA DE BURKITT REFRATÁRIO, COM PROGRESSÃO PARA SISTEMA NERVOSO CENTRAL

ACB Edir, CMT Koga, IS Barbosa, CC Miranda, JC Faccin, R Romano, MR Modesto, G Cecchetti, I Menezes, EC Nunes

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

Objetivo: Relatar o caso de linfoma de Burkitt refratário com progressão para acometimento de sistema nervoso central, com o objetivo de agregar conhecimento para o diagnóstico e manejo desta patologia rara. **Relato de caso:** Um homem de 57 anos procurou a unidade de urgência devido quadro de lombalgia progressiva que se tornou incapacitante, associada à parestesia proximal e fasciculações eventuais, sudorese noturna e perda ponderal de 12 kg em 6 meses. Em exames admissionais, apresentava LDH de 3181, hemograma sem particularidades e, aos exames de imagem, evidenciando lesões líticas ósseas em calota craniana, ossos ilíacos e ramos isquiopúbicos e coluna vertebral (está associada a fratura patológica em L2-L3). Não havia linfadenomegalias, porém apresentava esplenomegalia de 13,8 cm. Foi realizada biópsia da lesão óssea e encaminhada à imunofenotipagem, que demonstrou 98,3% de linfócitos B clonais com fenótipo sugestivo de linfoma de Burkitt. Procedida investigação com avaliação medular, confirmando o diagnóstico de Linfoma de Burkitt com invasão medular e, posteriormente avaliado acometimento de Sistema Nervoso Central (SNC) com imunofenotipagem de líquor, sem acometimento deste. Paciente realizou 6 ciclos de HyperCVAD associado à quimioterapia intratecal para profilaxia de SNC e, por apresentar ao PET-SCAN persistência de lesões ósseas ao final do tratamento, a quimioterapia (QT) foi prolongada para 8 ciclos, com programação de consolidação do tratamento com transplante autólogo de medula óssea, em caso de resposta. Além da persistência das lesões ósseas ao final do 6º ciclo de QT, o paciente evoluiu com comprometimento progressivo da marcha, dormência bilateral dos membros inferiores e, ao final do 8º ciclo, com incontinência urinária e paralisia completa do nervo oculomotor no olho direito. A ressonância magnética do cérebro e da órbita, juntamente com novo LCR com análise imunofenotípica não mostraram novos achados. A neuroimagem vascular cerebral também não foi digna de nota. O PET-SCAN de acompanhamento revelou redução das lesões ósseas, mas nenhum achado no SNC. Devido aos sintomas neurológicos persistentes associados ao quadro de doença refratária, foi optado por realizar a troca do tratamento para esquema com metotrexato intravenoso em altas doses devido à hipótese de infiltração de SNC. O PET-SCAN após MTX em altas doses mostrou novas lesões ósseas

difusas e o paciente não apresentou melhora clínica mesmo após a mudança do regime de tratamento, foi estabelecido cuidados paliativos exclusivos. **Discussão:** Este caso destaca as complexas manifestações neurológicas em pacientes com linfoma de Burkitt, além do mau prognóstico desta patologia em pacientes refratários à quimioterapia inicial. Apesar de não ter sido documentada a invasão de SNC pelos métodos disponíveis, a progressão da doença com os sintomas neurológicos corroboram a suspeita de envolvimento do SNC. A falta de biomarcadores altamente precisos e específicos dificulta o diagnóstico e avanços futuros no perfil de biomarcadores e nas tecnologias de imagem são cruciais para melhorar os resultados nestes casos complexos que envolvem neoplasias agressivas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.511>

TRATAMENTO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B RECAÍDO/REFRATÁRIO APÓS 2 LINHAS DE TRATAMENTO EM PACIENTE IDOSO E COM OSTEOMIELOTE: RELATO DE CASO

VRH Nunes, JTPR Sampaio, RB Leonel, GDC Spelta, RR Lima, GBG Oliveira, AL Sipolatti, GH Silveira

Hospital Meridional Cariacica (HMC), Cariacica, ES, Brasil

Introdução: O linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B (LDGCB) é um dos subtipos mais comuns de linfoma não Hodgkin, representando aproximadamente 25% dos casos. É caracterizado por um comportamento agressivo e, apesar dos avanços no tratamento, uma proporção significativa dos pacientes não responde ou recai após a terapia inicial (R-CHOP), necessitando de abordagens terapêuticas subsequentes. As terapias de segunda linha geralmente envolvem quimioterapia de alta dose seguida de transplante autólogo de células-tronco (TACT). Porém, muitos pacientes não são elegíveis devido à idade avançada, comorbidades e outros. Para esses pacientes, as opções de segunda e terceira linha incluem regimes quimioterápicos alternativos e terapias biológicas. Um protocolo emergente que tem mostrado eficácia é a combinação de tafasitamabe e lenalidomida. Tafasitamabe é um anticorpo monoclonal que se liga ao antígeno CD19, presente na superfície das células B malignas, promovendo a destruição dessas células. Lenalidomida é um agente imunomodulador que possui propriedades antiangiogênicas e anti-neoplásicas. O estudo L-MIND, mostrou que esta combinação resulta em altas taxas de resposta e durabilidade da resposta em pacientes com LDGCB recidivante ou refratário que não são candidatos a TACT. Os resultados do estudo indicaram uma taxa de resposta global de 60%, com uma taxa de resposta completa de 43% e uma duração média da resposta de 21,7 meses. **Relato do caso:** Homem, 74 anos, sem comorbidades prévias, foi diagnosticado com LDGCB, tipo centro germinativo e EC IVB (PET-CT com lesão ísquio esquerdo com acometimento muscular, linfonodos inguinais e medula óssea). Foram realizados 6 ciclos do protocolo R-CHOP, com