

e plaquetária no D+17, mantendo DRM negativa e quimerismo 100% no D+ 100 pós-TCTH. **Conclusão:** A LCT é definida pela presença de mais de 25% de células T grandes e atípicas ou por agrupamentos de células grandes com núcleos maiores que quatro vezes o tamanho normal. Essas células podem ser CD30 negativas ou positivas. Trata-se de uma condição rara na síndrome de Sézary (SS) e, no presente caso, a evolução foi compatível com transformação para linfoma anaplásico de grandes células (ALCL), sustentada pela morfologia de células grandes anaplásicas e pelo imunofenótipo caracterizado por expressão intensa de CD30 nas células transformadas. Essa transformação geralmente se associa a índice proliferativo elevado (Ki-67), pior prognóstico e necessidade de intensificação terapêutica. O uso clínico de brentuximabe vedotina no tratamento do ALCL já é bem estabelecido, com evidência robusta proveniente do estudo ECHELON-2. A terapia sistêmica intensiva (TSI) é uma opção eficaz para o controle da doença cutânea difusa e pode atuar como ponte para o transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH). Em pacientes elegíveis, o transplante alogênico oferece potencial curativo por meio do efeito enxerto-versus-linfoma, especialmente após redução da carga tumoral sistêmica. Dessa forma, relatamos um caso raro de SS com transformação para ALCL, no qual foi obtido sucesso terapêutico com BV-CHP, associado à TSI e subsequente TCTH alogênico. Este relato reforça a importância do reconhecimento precoce da transformação e da adoção de estratégias terapêuticas dirigidas e multimodais, capazes de modificar o curso clínico mesmo em contextos de alto risco biológico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104785>

ID - 2599

RECIDIVA DE LINFOMA DE CÉLULAS NK/T EXTRANODAL, SUBTIPO NASAL EM TRATO GASTROINTESTINAL: RELATO DE CASO

LAdA Lima, ITdA Sussuarana, LP Miranda,
R Russo, PdPG Radtke, MdSS Almeida

Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células T/NK extranodal, tipo nasal (ENKTL-NT) é um subtipo raro de linfoma não Hodgkin, que se manifesta com lesão nasal isolada infiltrativa e destrutiva, de localização médio-facial. Pode se apresentar com estadiamento avançado na minoria dos pacientes ao diagnóstico levando à um pior prognóstico. É mais comum em países asiáticos e em populações nativas da América Central e América do Sul. Acomete principalmente adultos do sexo masculino. A radioterapia e a incorporação de L-asparaginase nos protocolos de quimioterapia aumentaram significativamente a sobrevida desta neoplasia. O transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) autólogo pode ser indicado em pacientes elegíveis em remissão após a primeira linha de tratamento. Daí a importância de relatarmos um caso clínico submetido ao TCTH autólogo com recidiva após 5 anos em remissão completa com acometimento do trato gastrointestinal. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 38 anos,

previamente diagnosticado com ENKTL-NT estadiado IA em março de 2017 com lesão em fossa nasal direita. Realizado o seguinte protocolo na primeira linha: 4 ciclos de PEMD (pegasparaginase, etoposídeo, metotrexato e dexametasona) com remissão completa em PETCT, TCTH autólogo com regime de condicionamento LEAM seguido de radioterapia em campo envolvido em fossa nasal, seios maxilares e drenagem alta com dose 50Gy. Permaneceu em seguimento ambulatorial evoluindo com emagrecimento 10kg em 6 meses, dor abdominal em quadrante inferior direito, febre vespertina e constipação intestinal após período maior que 5 anos. Evidenciado lesão ulcero-infiltrativa em ceco na colonoscopia com seguinte laudo na biópsia: Linfoma células T/NK com comprometimento de intestino delgado com imunoexpressão de CD2+, CD3+, CD56+, granzima+, Ki-67 50%. Pesquisa de EBV por hibridização in situ positiva. PET-CT com espessamento parietal circunferencial do ceco estendendo-se longitudinalmente por cerca 5,9 cm (SUVmax 17,2), envolvendo a válvula ileocecal, além de duas outras áreas de hiper captação em cólon direito e transversal, além de linfonodo pericecal (SUVmax 3,6) e linfonodo peritoneal fossa ilíaca direita (SUVmax 5,3). Evoluiu para abdome agudo obstrutivo, sendo submetido a hemicolectomia direita. No pós-operatório, apresentou deiscência de anastomose, necessitando de laparotomia exploradora com enterectomia segmentar, colectomia segmentar e colostomia à Mikulicz. Devido a desnutrição grave, iniciado nutrição parenteral total e quimioterapia com protocolo P-GDP (pegasparaginase, gencitabina, cisplatina e dexametasona) com realização de 2 ciclos e resposta clínica satisfatória até o momento. A programação é prosseguir a quimioterapia e planejar a realização do TCTH alogênico se condições clínicas favoráveis. **Conclusão:** ENKTL é uma doença rara com prognóstico limitado, principalmente em doença avançada. Apesar dos avanços terapêuticos nos últimos anos, as recidivas são frequentes. A recidiva do ENKTL-NT ocorre predominantemente nos primeiros dois anos após o tratamento, sendo rara após cinco anos. O envolvimento intestinal como recidiva isolada é excepcional e, quando presente, manifesta-se frequentemente como abdome agudo por obstrução ou perfuração. A divulgação dos relatos encontrados em vários centros e os tratamentos realizados na doença refratária e recidivada, principalmente com novos alvos terapêuticos e TCTH (autólogo e alogênico), poderão auxiliar no melhor entendimento da doença e na melhor conduta terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104786>

ID - 3387

RELATO DE CASO DE ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA AGUDA RECORRENTE ASSOCIADO AO USO DE IFOSFAMIDA EM TRATAMENTO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B RECAÍDO: A IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO CLÍNICA

J Severo, LGdF Lima, BG Campello, CCLdS Silva,
TRE Evangelista, MP Cesar, ASA da Silva,
HC Moura, ACC Lopes, MFH Costa

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

Introdução: O Linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é um tipo agressivo de linfoma com apresentação clínica variável. O esquema ICE (Ifosfamida, Carboplatina e Etoposide) é uma das alternativas terapêuticas para tratar pacientes recidivados. Desde esquema, a Ifosfamida é a medicação que apresenta maior chance de causar eventos neurológicos, com alteração comportamental, neuropatia, encefalite e coma (10-30%). **Descrição do caso:** Mulher, 69 anos, cardiopata pós-quimioterapia, com LDGCB em primeira recidiva 2 anos após 6 ciclos de R-CHOP. Novo PET-CT evidenciava linfonodomegalias supra e infra-diafragmáticas difusas (SUVmax = 37,0) e nova biópsia de linfonodo confirmou a recidiva de doença. Paciente admitida para esquema ICE e a partir do terceiro dia após infusão de quimioterapia evoluiu com quadro de desorientação socioespacial, desatenção, mutismo e períodos de agitação psicomotora. Os sintomas tiveram início agudo e flutuavam ao longo do dia, com melhora completa no sexto dia após início da quimioterapia. A escala diagnóstica de CAM (Confusion Assessment Method) foi aplicada e confirmou o quadro típico de delirium. A paciente apresentou apenas alterações hematológicas atribuíveis ao esquema de tratamento como anemia e neutropenia leve, sem outras alterações laboratoriais. Uma tomografia de crânio foi realizada e evidenciava alterações típicas da idade, a bioquímica de líquido cefalorraquidiano estava sem alterações e as culturas eram negativas. Durante o segundo ciclo de quimioterapia a paciente apresentou sintomas com cronologia similares às apresentadas no primeiro ciclo, assim como tomografia de crânio sem alteração. Um PET-CT foi realizado após o segundo ciclo de ICE com evidência de remissão completa da doença. Devido resposta completa em exame de imagem, idade avançada, múltiplas comorbidades e reação desfavorável com o esquema de tratamento proposto foi pactuado com paciente e familiares conduta expectante e suspensão de ciclos subsequentes do tratamento. **Conclusão:** Os sintomas neurológicos estão associados ao acúmulo do metabólito da ifosfamida, o cloroacetaldeído, no sistema nervoso. O espectro de alterações é amplo e o início dos sintomas ocorrem de 2-96 h após infusão e costumam ser reversíveis em até 96h após medicação. Os principais fatores de riscos associados ao desenvolvimento dos sintomas são alterações neurológicas basais prévias, disfunção renal. Algumas medidas profiláticas e terapêuticas estão descritas na literatura, como azul de metileno, tiamina e dexmedetomidina, mas as evidências são frustras e controversas. O caso descrito descreve alterações neurológicas e comportamentais comuns em idosos internados, evidenciando assim a importância da vigilância clínica e suspeita de causa medicamentosa associadas ao delirium nesses pacientes.

Referências:

1. Nicolao P, Giometto B. Neurological toxicity of ifosfamide. *Oncology*. 2003;65 Suppl 2:11-6. doi:10.1159/000073350.
2. Gharaibeh EZ, Rahhal AA, Rahimi O, Abdel-Rahman SM. Hydration, methylene blue, and thiamine as a prevention regimen for ifosfamide-induced encephalopathy. *J Oncol Pharm Pract*. 2019 Oct;25(7):1784-6. doi:10.1177/1078155218798850. PMID: 30203716.

ID - 1402

RELATO DE CASO DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL

RI dos Santos, SR Costa, RC Rezende,
AR França, MCBA Soares, TA Rezende,
PodC Terra

Universidade Federal de Uberlândia (UFU),
Uberlândia, MG, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (PTLD) é um distúrbio caracterizado pela proliferação linfóide ou plasmocítica que se desenvolve após imunossupressão associada a transplantes de órgãos sólidos ou de células tronco-hematopoéticas. As formas de apresentação variam de proliferação policlonal indolente a linfomas agressivos em receptores de transplantes renais. Corresponde a uma complicação rara, porém grave e potencialmente fatal. O quadro clínico depende do sítio acometido, sendo os sintomas mais comuns: febre, anorexia e perda de peso. Quando há acometimento extranodal os principais sítios acometidos são trato gastrointestinal e sistema nervoso central. **Descrição do caso:** Paciente, sexo masculino, 53 anos, admitido no atendimento com relato de episódios de movimentos clônicos em hemiface direita e membro superior esquerdo durante duas semanas, seguidos de confusão mental de aproximadamente 5 minutos. Na admissão ao serviço, apresentou quadro de emergência hipertensiva e crise convulsiva. Apresentava histórico de transplante renal há 7 anos e 5 meses, devido complicação de hipertensão arterial sistêmica, etilista e em uso crônico de imunossupressão, além de histórico de tratamento de criptococose incompleto prévio. Na admissão realizou tomografia de crânio que evidenciou edema difuso com diversos focos hipodensos. Fez ressonância magnética de encéfalo com lesões múltiplas e nodulares esparsas no parênquima cerebral com realce periférico pelo contraste, algumas com componente hemorrágico, medindo até 2,4 cm com edema circundante e restrição periférica à difusão. Foi iniciado o tratamento para neurotoxoplasmose com resultado de sorologias IgG positivo e IgM negativo. Devido à persistência dos sintomas, foi solicitado novo exame de imagem que mostrou aumento das lesões em relação ao exame anterior (12 dias de diferença). Então, como não houve resposta com o tratamento de 14 dias para neurotoxoplasmose, prosseguiu-se a investigação para avaliar diagnóstico diferencial de processo neoplásico. Foi coletado e analisado o líquido com resultado de PCR positivo para vírus Epstein-Barr. Foi realizada biópsia de lesão na região occipital com o resultado de linfoma de células B do tipo não centro germinativo. Paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e necessitou de intubação orotraqueal. Após resultado da biópsia, foi iniciado o tratamento para linfoma de sistema nervoso central, mas o paciente evoluiu para óbito. **Conclusão:** O caso trata-se de uma complicação que, apesar de rara, deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes transplantados. Devido à imunossupressão crônica, os pacientes transplantados possuem risco maior de infecções oportunistas e neoplasias. Dessa forma, nos pacientes em que