

terapêutica escolhida para a paciente do caso clínico devido à idade e comorbidades.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.154>

LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO NO PACIENTE MUITO IDOSO: RELATO DE CASO

DC Stocco^a, SSC Brito^b, ML Oliveira^c,
VDV Mação^b, BVSA Bergamini^b, MDC Correia^c,
MA Miranda^c, AGT Andrade^c, ACF Santos^d

^a Oncoclínicas Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil

^b Universidade Vila Velha (UVV), Vila Velha, ES,
Brasil

^c Faculdade Brasileira Multivix, Vitória, ES, Brasil

^d Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células do Manto (LCM) representa de 3 a 10% dos linfomas não-Hodgkin e atinge, mais comumente, indivíduos acima de 60 anos. A combinação de quimioterapia e imunoterapia é o principal tratamento. Pacientes jovens com boa performance são elegíveis a quimioterapia mais intensa seguido de transplante autólogo de medula óssea. Aqueles mais idosos realizam variados esquemas terapêuticos de acordo com a tolerância, experiência médica e disponibilidade de recursos. É desafiador selecionar o tratamento para pacientes acima de 80 anos, com poucos dados publicados.

Objetivo: Relatar caso clínico de paciente portador de LCM em idade avançada, bem como seu tratamento e a resposta clínica.

Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 89 anos, iniciou prurido, eritema, aumento da pálpebra superior em olho direito, seguido de prurido em olho esquerdo. Ressonância Magnética de órbitas evidenciou formações expansivas em topografia de glândulas lacrimais, com hipótese de doença linfoproliferativa. Não apresentava sintomas B ou linfonodomegalias no exame físico. Tinha perfil funcional grau 2 na *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG). Exames admissionais demonstraram hemograma normal, lactato desidrogenase e velocidade de hemossedimentação aumentadas, além de função renal e cardíaca normais. O exame anatomopatológico e imunohistoquímico confirmou o diagnóstico de linfoma de células do manto. O estadiamento inicial era IVA, com acometimento da região periorbitária, linfonodos cervicais, mediastinais, perihilares hepáticos, retroperitoneais e aumento de volume com hipercaptação de baço. Foi escolhido o esquema Rituximabe com Clorambucil a cada 28 dias por 6 ciclos. Já ao final do primeiro ciclo de tratamento, houve redução das massas em região ocular. Ao interim, a paciente tinha resposta completa pela tomografia por emissão de pósitrons e estava assintomática. Houve boa tolerância durante todo o tratamento, com poucos eventos adversos. Ao final, paciente permanecia assintomática e com resposta completa. Após 6 meses de acompanhamento, sem evidência de recaída da doença. **Discussão:** Apesar da maioria dos pacientes com LCM ter idade e estadios avançados ao diagnóstico, os estudos e os resultados em pacientes mais idosos são escassos. A avaliação do ECOG, perfil de comorbidades em contrapartida à elevada carga de doença ao diagnóstico foram variáveis decisivas para a escolha

do tratamento neste caso. Estudo anterior mostrou taxas de resposta consideráveis ao combinar a imunoterapia padrão com quimioterapia de baixa intensidade. Esses dados se ancoram no maior benefício da imunoterapia em relação a quimioterapia no linfoma B. A boa resposta terapêutica neste caso demonstrou que nem sempre há correlação entre carga tumoral, estágio clínico, escores de avaliação de risco e a resposta ao tratamento. **Conclusão:** A avaliação geriátrica pode delinear as vulnerabilidades dos pacientes idosos e influenciar a estratégia de tratamento. No entanto, faltam evidências da eficácia desses processos, algumas vezes pouco práticos no cenário oncológico. É possível que uma melhor estratificação de risco com bases em perfis tumorais genéticos traga respostas futuramente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.155>

META-ANALYSIS DISPLAYED TRANSCRIPTOMIC SIGNATURE OF DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA WITH SIGNIFICANT DIFFERENCES BETWEEN SUBTYPES

FP Mesquita^{a,b,c}, SS Ferreira^d, EL Silva^c,
JKC Ribeiro^{a,b}, PEA Aquino^{a,b}, ECE Silva^a,
DM Brunetta^b, LMB Carlos^b, PFN Souza^c,
RC Montenegro^c

^a Instituto Pró-Hemo, Fortaleza, CE, Brazil

^b Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
(Hemoce), Fortaleza, CE, Brazil

^c Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza,
CE, Brazil

^d Argos Patologia – Laboratório de Patologia,
Fortaleza, CE, Brazil

Introduction: Lymphomas are cancers that affect the hematological system originated in the lymphatic system with an abnormal proliferation of lymphoid cells. Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is the most common subtype of non-Hodgkin lymphoma in adults. This lymphoma is well characterized by the presence of B-lineage lymphoid cells with immature features with diffuse proliferation in the affected tissue. This disease usually follows an aggressive clinical course, placing patients in immediate need of chemotherapeutic treatment. DLBCL can be further classified into two molecular subtypes, center-germinative B-cell (GCB) and activated B-cell (ABC) type lymphomas. This classification indicates the different stages of maturation of the neoplastic cells, and the different pathological mechanisms associated with them. **Objective:** The present work aimed to compare transcriptome signature of the center-germinative B-cell (GCB) and activated B-cell (ABC). **Materials and methods:** Microarray studies were selected based on predefined criteria and downloaded from the GEO database. Data acquisition, processing, meta-data construction, as well as the differentially expressed genes were performed using R studio packages. Also, significantly enriched gene sets were identified using Gene Set Enrichment Analysis (GSEA). Gene expression and survival analysis from TCGA database were performed

using the UALCAN and GEPIA webserver. **Results:** From a total of 7,854 differentially expressed genes, 465 significantly down-regulated genes and 403 up-regulated genes in GCB subtype when compared to ABC subtype. Among these DEGs, in the GCB versus ABC comparison, the genes with the highest expression level were SPIN3 (FC: 1.12E+20), ZNF791 (FC: 9.43E+19) and TSPAN3 (FC: 9.18E+19), while the significant DEGs with the lowest expression level were KMT2C (FC: -3.09E+20), RHOX2 (FC: -1.49E+20) and ABHD11 (FC: -6.96E+19). Interestingly, only two genes had their expression levels significantly correlated to the DLBCL patient survival, the ABHD11 gene (p-value = 0.018) and MORF4L2 (p-value = 0.029). ABHD11 gene at low-medium level and MORF4L2 gene at high expression level significantly decrease the survival of patients. **Discussion:** the meta-data generated from this study suggests that patients with diffuse large B-cell lymphoma pattern molecularly relevant gene expression in aspects related to cell proliferation, cell metabolism, and insensitivity to inhibitory signals to tumor progression as presented by the type of activated B cells. The findings converge the significant modulation of germinal center cells to gene expression regulation processes. Further experiments are still required, the transcriptional and translational activity, as well as cellular activity, appear to be decreased in the GCB type. Our findings, such as the one regarding the ABHD11 gene, which at low levels in GCB type, confers decreased survival rate in lymphoma patients. **Conclusion:** Therefore, this work brings important information for the understanding of the pathological process of the disease and its subtypes, and such biomarkers may serve as potential candidates for the development of molecular diagnostic methods and new therapeutic strategies for DLBCL subgroups.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.156>

LINFOMA PLASMABLÁSTICO EM PACIENTE SEM INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO

NPV Silveira, FPS Michel, PMS Gomes,
JWL Júnior, FL Moreno, AC Fenili,
LCG Trindade, S Vidor, TB Soares, MEZ Capra

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC),
Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre,
RS, Brasil

Introdução: o linfoma plasmablastico equivale a 2% dos linfomas não-Hodgkin, sendo quase exclusivo em pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Devido a carência de relatos na literatura, relatou-se o caso clínico de uma paciente com diagnóstico de linfoma plasmablastico. **Relato de caso:** paciente feminina, 54 anos, em uso de anticoagulante via oral devido a fibrilação atrial, realizou diversas investigações nos últimos 2 anos devido a linfonodomegalias cervicais associada a sudorese e perda de peso (aproximadamente 30 quilogramas). Nos últimos meses apresentou perda de força proximal em membros superiores e inferiores. Realizou biopsia de linfonodo cervical de forma ambulatorial em

abril de 2022 em que o anatomopatológico definiu linfoma não-hodgkin de alto grau e o exame imuno-histoquímico foi compatível com linfoma plasmablastico com os marcadores CD 20, PAX 5, BOB 1, CD 38, MUM 1, Kappa Light Chains, CD 30 positivos e CD138, lambda light chains, HHV-8, ALK, CD10, Bcl6, EBV negativos e Ki67 com índice proliferativo de 90%. Internou em julho de 2022, após consulta ambulatorial para mostrar resultado do exame acima. Durante a internação foi realizado biopsia de medula óssea onde a amostra não teve evidência de infiltração por linfoma. Paciente foi classificada como estágio clínico III B e escore de IPI 2. Solicitamos sorologias, onde todos exames vieram com resultados negativos, inclusive sem infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Dessa forma, foi proposto tratamento com protocolo de quimioterapia EPOCH (prednisona, doxorubicina, vincristina, etoposídeo, ciclofosfamida). A punção lombar apresentou negativa para doença no líquido. Realizou ressonância magnética da coluna, sendo avaliada pela neurocirurgia para esclarecimento da perda de força, sem evidência de componente no exame que justificasse. **Discussão:** o linfoma plasmablastico é um tumor raro, com sobrevida média de 5 a 15 meses, que em 15-20% dos casos apresenta comprometimento meníngeo no momento do diagnóstico e em média 80% dos pacientes estão no estágio clínico IV. Pode apresentar alterações no estado mental, perda sensorial e fraqueza nos estágios mais avançados. Um quarto dos pacientes tem acometimento de medula óssea. Geralmente, este tumor não expressa marcadores típicos de células B maduras, como CD19, CD20 e PAX5, no entanto, expressa marcadores de diferenciação plasmocitária, como MUM1, CD38 e CD138. Assim como, pode ser positivo para EBV (50 % dos imunocompetentes), ter HHV8 ausente e Ki67 superior a 60%. Não existe um consenso em relação ao tratamento deste linfoma, contudo recomendações de grupos científicos apontam para uso de protocolos como EPOCH, CODOX-M/IVAC e hyper-CVAD/MA. **Conclusão:** o linfoma plasmablastico é pouco frequente e muito agressivo, o que limita a descrição dessa doença na literatura. Por conseguinte, a necessidade de estudos para o desenvolvimento de drogas alvo se torna clara visto a baixa sobrevida destes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.157>

MANTLE CELL LYMPHOMA IN BRAZIL: FIRST REPORT FROM A REAL-WORLD EVIDENCE STUDY OF A THIRD WORLD COUNTRY

FDRP Oliveira, LG Figorelle, VV Santos,
R Schaffel

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introduction: Mantle cell lymphoma (MCL) is an uncommon type of B-cell lymphoma with a heterogeneous clinical presentation and evolution spanning from an indolent leukemic non-nodal disease to an aggressive nodal disease. The disease has strong prognostic factors such as MIPI, proliferating index by ki-67 and P53 mutation. The best therapy seems to be with rituximab-cytarabine based induction followed by an