

## LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS T ALK NEGATIVO EM OMBRO. RELATO DE UM CASO

AM Peixinho<sup>a</sup>, BP Vasconcelos<sup>a</sup>, JVL Amaral<sup>a</sup>, CAC Vieira<sup>a</sup>, JA Rena<sup>a</sup>, DR Spada<sup>a</sup>, LM Bellegard<sup>b</sup>, MF Menin<sup>a</sup>, ES Navarro<sup>a</sup>, MG Cliquet<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Conjunto Hospitalar de Sorocaba (SECONCI), Sorocaba, SP, Brasil

**Introdução:** Os linfomas são neoplasias em que há proliferação e acúmulo de linfócitos nos linfonodos e órgãos linfáticos. Apresenta subgrupos como Linfoma de Hodgkin (LH) que apresenta a célula de Reed-Sternberg e difunde-se de maneira ordenada, enquanto os Linfomas não Hodgkin (LNH) de maneira desordenada. A maioria dos LNH são de células B (80%) porém alguns são de células T (10%). Dentre os de células T, há o anaplásico de grandes células T sendo 65-80% ALK positivo e 20-35% negativo. O linfoma não Hodgkin anaplásico de grandes células T (LNHAGCT) é caracterizado pelo seu curso agressivo, com sintomas sistêmicos e envolvimento extranodal. Pode ser diagnosticado por meio do exame imunohistoquímico, sendo importante também o exame clínico e PET-CT para estadiamento. Apresenta maior prevalência em homens jovens e pode estar relacionado a implantes mamários. O tratamento dos LNHAGCT pode ser realizado com esquema quimioterápico CHOP associado ou não ao etoposídeo. Existem ainda drogas alvo como inibidor específico da atividade da ALK, como o Crizotinibe que pode ser utilizado em pacientes ALK positivos. Entretanto, os ALK negativos, que apresentam pior prognóstico, necessitam de uma sequência diferente de tratamento, como quimioterapia, radioterapia para tratamento de doença “bulky” e transplante autólogo de medula óssea. **Objetivo:** Relatar um caso de LNHAGCT ALK negativo. **Método:** Avaliação de prontuário. **Relato de caso:** Paciente de 53 anos, do sexo feminino, encaminhada pela ortopedia para avaliação de tumoração no ombro e axila direita. Relatava que há 6 meses apresentava tumoração acompanhada de limitação do movimento, queimação e edema local, emagrecimento de 2 kg e sudorese noturna. Realizada biópsia da massa cuja Imunohistoquímica apresentou CD3, CD30 e CD45 positivo, ALK negativo e Ki-67 de 90%, caracterizando Linfoma não Hodgkin Anaplásico de grandes células T ALK negativo. Solicitado PET que detectou SUV 22,6 no úmero direito; 20,6 na axila direita; linfonodos axilares de 4,0 × 2,1 cm; DHL 1660 e Beta 2 microglobulina de 3456 mg/dL. As Tomografias mostraram massa de 9,5 × 7,2 cm em úmero direito com lise óssea, além de linfonodos retroperitoneais e axilares. Definindo estágio IVB. Prescrito tratamento com CHOEP por 6 ciclos a cada 21 dias e proposta terapêutica com radioterapia local (massa “Bulky”) e em seguida transplante autólogo. Foram realizados 6 ciclos com resposta clínica excelente com desaparecimento das lesões e no momento aguardando resultado de PET final. **Discussão e conclusão:** O linfoma anaplásico de grandes células T ALK negativo apresenta diagnóstico difícil, paciente por

vezes passa em vários médicos até chegar ao hematologista e iniciar tratamento. Trata-se de um linfoma agressivo com taxa de resposta inferior ao ALK positivo, portanto, a paciente necessitará de complementação de tratamento com radioterapia (massa “bulky”) e transplante autólogo de medula óssea, objetivando a cura do linfoma.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.168>

## LINFOMA DE ZONA MARGINAL GÁSTRICO (MALT) – RELATO DE UM CASO

ABFK Lemos, DL Voltani, CAC Vieira, JA Rena, DR Spada, MG Cliquet

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Os linfomas são neoplasias do sistema linfático e podem ser classificados em Hodgkin (LH) e não Hodgkin (LNH). Esses últimos são diagnosticados com maior frequência em pacientes com mais de 60 anos e tem discreto predomínio no sexo masculino. Existem dezenas de subtipos de LNH, sendo os mais comuns o Difuso de grandes células B e o Folicular. Cerca de 5% dos LNH são classificados como LNH de Zona Marginal (ZM). Podem ser Nodais, Esplênicos ou Extra nodais (EN). O LNH-ZM-EN que acomete mucosas é denominado Linfoma MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue). O linfoma da mucosa gástrica tipo MALT se inicia nos tecidos linfoides do estômago e está relacionado à infecção por *Helicobacter pylori*. É um linfoma de progressão lenta e pode ser curável em alguns casos. Algumas anormalidades genéticas estão presentes, sendo as mais frequentes a trissomia do cromossomo 3, detectada em até 60% dos casos, a translocação t(11;18)(q21;q21) em 30% a 50% dos casos. Ocorre uma fusão do gene inibidor de apoptose API2, resultando na inibição das proteínas pro-apoptóticas caspases 3, 7 e 9 e ativação do fator oncogênico nuclear KB (NF-KB) com desenvolvimento tumoral por ativação celular, proliferação e apoptose. A relação entre linfoma MALT gástrico e a infecção por *Helicobacter pylori* decorre da inflamação crônica que leva à proliferação inicialmente policlonal e posteriormente monoclonal. A maioria dos pacientes apresenta queixas dispépticas inespecíficas, sendo a dor epigástrica o achado principal, que ocorre em cerca de 70% dos casos. Outros sintomas sistêmicos podem ocorrer em casos mais avançados. **Objetivo:** relatar um caso de paciente com linfoma de zona marginal gástrico em início de tratamento. **Relato de caso:** Homem de 56 anos encaminhado no início de 2021, da gastro-oncologia com histórico de plenitude gástrica e vômitos pós prandiais há 1 ano, além de um emagrecimento de 11 kg. Ele não apresentava febre ou sudorese noturna. Em dezembro de 2021, foi feita uma endoscopia alta que mostrou úlcera infiltrativa endurecida, friável ao toque em corpo médio distal do estômago. O anátomo patológico mostrou a presença de *H. pylori* e determinou o diagnóstico de linfoma não Hodgkin de zona marginal do tipo MALT. À imuno-histoquímica: BCL2 e CD20 positivos e CD10, CD23, CD1 negativos e Ki67: 70%. Tratado com Claritromicida, Amoxicilina e Omeprazol evoluindo

com total recuperação ponderal e resolução da sintomatologia. Nova endoscopia em 05/2022 com *H. Pylori* negativa, mas ainda com lesões compatíveis com linfoma gástrico. Exames iniciais: Hb: 16,8; leucócitos: 5400/mm<sup>3</sup>, com diferencial normal; plaquetas: 254000/mm<sup>3</sup>, ácido úrico: 5,0mg/dL; DHL: 264 mg/dL; beta 2 macroglobulina: 2040 mg/dL e albumina 4,3 g/dL. Solicitado PET, mas resultado ainda não foi disponibilizado. **Discussão:** Dado o relato de caso acima, constata-se que apenas o uso dos antibióticos levou à erradicação da *H. pylori* e à melhora clínica, mesmo que o tumor não tenha sido eliminado (segunda a literatura, pode demorar até 1 ano para regredir após resultado negativo da bactéria). Havendo doença disseminada e comprometimento sistêmico, o tratamento deve ser feito com quimioterapia e, quando não há resposta ao tratamento com antibiótico, pode ser feita radioterapia local. No caso em questão, aguardamos o PET para saber se é localizado ou sistêmico para determinar se haverá necessidade de tratamento complementar com quimioterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.169>

#### LINFOMA DE BURKITT PRIMÁRIO DA TIREÓIDE: RELATO DE CASO

MHFP Silva, WGG Fischer, AM Carvalho, IA Pessoa, MB Catto, PR Fonseca, AS Lima

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

**Material e métodos:** As informações deste trabalho foram obtidas por meio de revisão de prontuário e revisão da literatura. **Relato:** Paciente sexo feminino, 68 anos, com diagnóstico prévio de hipotireoidismo, foi encaminhada devido quadro de tosse produtiva e confusão mental há 3 dias, associado a aumento progressivo de massa em topografia de tireoide, linfadenomegalia generalizada, perda ponderal, febre diária e epigastria há 1 mês da admissão. Ao exame físico, observado hepatoesplenomegalia e massa palpável em topografia cervical. Complementada avaliação, com exames de imagem, sendo inicialmente descritas em tomografia de abdome, múltiplos nódulos hepáticos e esplênicos, suspeitos para neoplasia e em tomografia de pescoço, bócio multinodular da tireoide. Optado na ocasião por realizar biópsia hepática pela equipe de radiologia intervencionista, que ocorreu sem intercorrências. Durante período de processamento de material, paciente evoluiu com sinais de obstrução de vias aéreas, sendo indicada traqueostomia transtumoral, coletado portanto, fragmento de tecido durante o procedimento. Como resultado de anatomopatológico, evidenciou-se em ambos fragmentos neoplasia maligna, pouco diferenciada de origem linfóide, com células de tamanho intermediário, sendo positivo para CD10, CD20, MUM1, PAX-5, EBV e negativo para CD30. Ki67 de 100%. Quadro morfológico e imunohistoquímico compatível com linfoma de Burkitt. Consideradas as possibilidades terapêuticas, bem como perfil da paciente, optado por iniciar tratamento com R-DA-EPOCH. **Discussão:** o linfoma primário da tireoide é uma neoplasia rara, sendo em

sua maioria originária de linfócitos B, apresentando importante associação com a tireoidite de Hashimoto, sendo relatada, por vezes, até 30 anos previamente ao diagnóstico do linfoma. O tipo mais frequente é o Linfoma Difuso de Grandes Células B, entretanto, estão descritos casos de linfoma MALT e linfoma de Burkitt. O diagnóstico deve ser suscitado em paciente com histórico de tireoidite de Hashimoto e crescimento rápido de massa em topografia cervical. Confirma-se com biópsia, sendo o tratamento realizado de acordo com o subtipo. **Conclusão:** linfomas primários da tireoide são raros, mas devem fazer parte do diagnóstico diferencial de neoplasias da glândula, principalmente em paciente com história de tireoidite de Hashimoto e com bócio de crescimento rápido.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.170>

#### COMPARAÇÃO DE TÉCNICAS PARA AVALIAÇÃO DE COMPROMETIMENTO MEDULAR POR LINFOMAS B AGRESSIVOS NO ESTADIAMENTO AO DIAGNÓSTICO

IBR Filgueiras, GBD Amarante, GBO Duarte, LL Freitas, CD Ramos, FG Porto, CC Barbosa, CS Silva, EPS Silva, IGH Lorand-Metze

Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

**Objetivos:** Comparar a sensibilidade das técnicas utilizadas para avaliação de acometimento da medula óssea em linfomas B agressivos no estadiamento ao diagnóstico; considerando como padrão-ouro a biópsia de medula óssea (BMO) e comparando com os resultados da citometria de fluxo (CF) realizada com painel de triagem de 8 cores, com a porcentagem de linfócitos na medula óssea e com o PET-CT. **Material e métodos:** Trata-se de estudo prospectivo com pacientes com linfomas B agressivos virgens de tratamento e sem outra neoplasia prévia ou concomitante em acompanhamento no Hemocentro da UNICAMP entre janeiro de 2021 e junho de 2022. Foram coletados dados referentes ao estadiamento ao diagnóstico, sendo estratificados conforme Índice Internacional de Prognóstico Revisado (R-IPi). Além disso, os pacientes foram submetidos a estudo medular, incluindo citologia, citometria de fluxo e biópsia de medula óssea, e a PET-CT. **Resultados:** 32 pacientes, 13 mulheres e 19 homens, com diagnóstico recente de linfoma B agressivo foram analisados, sendo 28 com Linfoma Difuso de Grandes Células B e 4 com Linfoma de Células do Manto. A mediana de idade foi de 60 anos (22 – 83 anos). Quanto à estratificação conforme o R-IPi, foram 3 pacientes com muito bom prognóstico, 15 com bom prognóstico e 14 com prognóstico ruim. Comparando o resultado da BMO e da CF, 21 casos foram negativos e 6 positivos para ambos os métodos para acometimento medular por linfoma. A biópsia conseguiu detectar a infiltração por imunohistoquímica na maioria dos casos. Houve discordância em 5 casos, sendo 2 com CF positiva e BMO negativa e 3 com BMO positiva e CF negativa. Em comparação ao PET-CT, apenas um paciente com BMO positiva teve resultado concordante com o exame de imagem e com a CF; e outro paciente apresentou