

possam ser realizados e que haja melhora no prognóstico e na sobrevida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.687>

MICOSE FUNGOIDE TRANSFORMADA COM ACOMETIMENTO PULMONAR: RELATO DE CASO

CLF Oliveira, LA Nunes, LS Gonçalves, NVN Carvalho, FPP Sacre, VHG Natal, ACAA Lima, MC Studart, CA Leite, FF Cassia

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: Micose fungoide (MF) é o tipo mais comum de linfoma T cutâneo, maior prevalência em mulheres, entre 55 e 60 anos. O envolvimento sistêmico é raro, sendo medula óssea e linfonodos os sítios mais comuns. O objetivo é relatar um caso de MF transformada para linfoma de alto grau com acometimento pulmonar. **Relato de caso:** Mulher, 61 anos, tabagista (68 maços-ano), interna para investigação de lesões cutâneas dolorosas, pruriginosas, eritematosas e infiltrativas esparsas pela face, tumorais em regiões pré e retroauriculares, couro cabeludo e tronco, com início há um ano. Biópsia cutânea evidenciou MF transformada; imuno-histoquímica (IHQ) positiva para CD3, CD4, CD5, MUM1 e CD30 e negativa para CD20, CD8, CD56 com índice proliferativo pelo Ki67 de 50%. Ausência de células de Sèzary na hematoscopia, imunofenotipagem de sangue periférico e medula óssea livres de infiltração e sorologias virais negativas, incluindo HTLV-1. Tomografias mostraram opacidade nodular de contornos irregulares medindo 2,2 x 2,5 cm, em segmento basal posterior do pulmão esquerdo e ausência de linfonomegalias. Biópsia pulmonar negativa para fungos e bacilos, IHQ positiva para CD3, CD2, CD4, CD5, CD25 e CD30, negativa para CD20, CD8, CD68, AE1/AE3 e TTF-1, compartilhando o imunofenótipo da lesão cutânea. **Discussão:** MF é um linfoma não Hodgkin de células T maduras indolente, com acometimento cutâneo, porém com potencial envolvimento de sangue, órgãos e linfonodos. As lesões cutâneas variam entre eritema, placas ou tumores, localizadas ou disseminadas. O critério histológico de transformação é a presença de mais de 25% de células grandes no infiltrado tumoral, tornando o prognóstico mais reservado. Não há consenso sobre a causa, estando presentes a ativação de receptor de células T, sinalização alterada de JAK-STAT, alteração epigenética e anormalidade de splicing de RNA, gerando proliferação e acúmulo de células T na pele, com influência no microambiente. Os linfócitos T neoplásicos envolvidos são CD4 positivos, com moléculas de adesão CCR4 e CLA. CD7, CD5 ou CD2 estão reduzidos ou até ausentes. O tipo de tratamento depende do estadiamento da doença, dividido entre estágio inicial (IA-IIA), com terapia direcionada a pele, como radioterapia, fototerapia e corticoesteróide tópico, e avançado (IIB-IVB), com terapia combinada entre direcionada e sistêmica com retinóides, interferons, imunobiológicos ou quimioterapia. No presente trabalho, diante estadiamento de doença

avançada, T3N0M1B0-IVB, foi iniciado tratamento com protocolo CHOEP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposídeo e prednisona) a cada 21 dias. **Conclusão:** A MF é um linfoma de difícil diagnóstico, com envolvimento visceral incomum, sendo o acometimento pulmonar raro. O relato mostra os impactos no prognóstico e no risco de sequelas após o tratamento, causados pela demora diagnóstica, gerando piora importante de qualidade de vida. Diante disto, a MF é um problema de saúde pública, envolvendo capacitação e formação de profissionais médicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.688>

SURGERY FOR PRIMARY DIFFUSE LARGE B-CELL-LYMPHOMA OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM - A CASE REPORT

JOR Cassiano, ACP Silva, CM Freitas, NN Kloster, SLBG Oliveira, MM Garcia, LN Chaer, VLP Figueiredo

Serviço de Hematologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, Brazil

Introduction: Primary central nervous system lymphomas (PCNSL) are rare neoplasms, the most common subtype is diffuse large B-cell lymphoma. The treatment of PCNSL remains a challenge. **Objective:** To present a clinical case of PCNSL in which surgical resection was performed, but early disease relapse occurred. **Case report:** A 64-year-old woman, medical history of rheumatoid arthritis, presented to the HSPE emergency department due to sudden severe headache in the left hemisphere, without focal neurological deficits. Computed tomography (CT) of the brain showed oval intraparenchymal lesions with hemorrhagic component, located in the left temporal lobe, with expansive effect, and in parietal periventricular region on the right side. Complementary magnetic resonance imaging (MRI) of the brain revealed an expansive lesion near the temporal horn of the left lateral ventricle, measuring approximately 1.9 cm, and another lesion in the medial posterior horn of the right lateral ventricle, measuring 1.6 cm. Biopsy of one of the lesions was performed, but 20 days after the procedure, the patient developed motor deficit on the right side and global aphasia, and thus, resection of the left temporal lesion was performed. Histopathological and immunohistochemistry were consistent with DLBCL (CD3 +, CD 20 +, Ki-67 55%, TP53 +). Contrast-enhanced CT scans did not show systemic lymphadenopathy. One month after the resection, there was tumor relapse with the presence of a mass measuring 6 x 3 x 2.8 cm on MRI, located near the surgical cavity margins. Therefore, treatment with Methotrexate (MTX) 3 g/m² associated with Rituximab 375 mg/m² and dexamethasone was chosen. After 13 days of chemotherapy, the patient died. **Discussion:** PCNSL is rare and generally presents aggressive behavior, its involvement is confined to the brain, spinal cord, and/or cerebrospinal fluid; 90% are DLBCL. They are often associated with EBV or HIV infection and also affect transplant patients or those with autoimmune

diseases, as in the reported case. They usually do not present B symptoms as manifestations, but rather neurological symptoms such as speech and/or motor disorders, mental confusion, seizures, and change on consciousness level. The diagnosis is made through biopsy of the CNS lesion, or evaluation of the CSF. Treatment for PCNSL generally consists of systemic chemotherapy and high-dose MTX is essential in therapy. Despite being a subtype of lymphoma that responds well to treatment, it has high relapse rates. The use of high-dose MTX for elderly patients is associated with greater toxicity. Surgical approach is usually not performed and currently has a diagnostic role, however, there are few studies in literature demonstrating increased survival when surgical resection of the mass is performed. **Conclusion:** The treatment of patients with PCNSL remains a challenge due to the difficulty in defining an effective treatment with lower toxicity and the severity of sometimes irreversible sequelae. The discussion about surgical approach is still limited to a few studies, and the benefit in terms of survival has not been fully clarified.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.689>

NEUROPATIA ASSOCIADA A VINCRISTINA EM PACIENTE COM LINFOMA DE BURKITT: RELATO DE CASO

JGM Lusvarghi, BMA Pacheco, ABS Fonseca, ACP Nascimento, AMDS Pinheiro, HC Amaral, RMSD Reis, FF Ribeiro, JAOD Reis

Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas, Poços de Caldas, MG, Brasil

Objetivo: Esse relato de caso visa demonstrar a associação da vincristina, um importante fármaco utilizado no tratamento de linfomas, com neuropatia periférica. **Relato de caso:** Masculino, 31 anos, portador de HIV em tratamento regular, com diagnóstico de Linfoma de Burkitt. Realizou citorredução, utilizando dexametasona 40 mg por 4 dias e vincristina 1 mg em dose única. Após 3 dias evoluiu com fraqueza muscular, principalmente em membro inferior esquerdo. Realizada punção líquórica e tomografia de crânio, ambas normais e avaliado pela neurologia que suspeitou de síndrome do segundo neurônio motor. Paciente deu continuidade ao tratamento com o protocolo CODOX-M-IVAC, que utiliza doxorubicina, ciclofosfamida, citarabina, metotrexato e vincristina. Na primeira etapa do tratamento, manteve os sintomas associados à síndrome do segundo neurônio motor, porém na segunda fase do protocolo houve piora significativa dos sintomas, sendo necessário sua descontinuação. Realizou eletroneuromiografia que evidenciou polineuropatia periférica, predominantemente motora, de padrão misto (axonal e desmielinizante) de evolução crônica com sinais de denervação recente nos nervos fibular direito e esquerdo. Devido a polineuropatia periférica ocasionada pela vincristina, o protocolo CODOX-M-IVAC foi suspenso, dando lugar ao DAEPOCH (etoposídeo, ciclofosfamida, doxorubicina), sem administração da vincristina. Após a troca do protocolo e realização de fisioterapia, o paciente apresentou melhora importante dos sintomas. Segue em consulta ambulatorial, mantendo boa resposta ao

tratamento (PET-CT Deauville 2), mesmo sem a utilização da vincristina. **Discussão:** O linfoma de Burkitt é um linfoma não-Hodgkin agressivo de células B e, devido a alta taxa mitótica, faz-se necessário instituir uma terapia agressiva. Foi proposto o protocolo CODOX-M-IVAC que incluem dentre outros fármacos a vincristina, que inibe a formação de microtúbulos no fuso mitótico, resultando na parada da divisão celular durante a metáfase. Essa inibição microtubular causa alteração no citoesqueleto neuronal, em fibras não mielinizadas e mielinizadas. Podem ocorrer de forma secundária ao dano axonal, redução da espessura da bainha de mielina, desmielinização segmentar e redução do espaço internodal, ocasionando diminuição ou perda dos reflexos tendíneos profundos, parestesia, fraqueza muscular, alterações sensitivas, dor neuropática, manifestações disautônômicas. Após a suspensão do fármaco nota-se uma melhora dos sinais e sintomas sensoriais. Portanto perante a gama de sinais e sintomas apresentados pelo paciente decorrentes da utilização da vincristina e seu constante agravamento fez-se necessário a omissão desta medicação de qualquer protocolo utilizado. **Conclusão:** Portanto, concluímos que a polineuropatia periférica com predominância motora, cuja sintomatologia envolveu a atividade dos nervos fibular direito e esquerdo do paciente relatado, ocorreu devido ao efeito colateral da vincristina (droga incluída no protocolo quimioterápico de primeira linha para Linfoma de Burkitt). Esta ação neuronal deve ser aventada em pacientes com sintomas neurológicos em uso desta medicação, devido a sua ação em citoesqueleto neuronal, alterações na bainha de mielina e interferências na condução axonal, indicando a suspensão imediata deste componente caso sintomas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.690>

PIRTOBRUTINIB IN COVALENT BTK-INHIBITOR PRE-TREATED MANTLE CELL LYMPHOMA: UPDATED RESULTS AND SUBGROUP ANALYSIS FROM THE PHASE 1/2 BRUIN STUDY WITH 2 YEARS OF SURVIVAL FOLLOW-UP

NN Shah^a, PL Zinzani^{b,c}, TA Eyre^d, K Izutsu^e, AJ Alencar^f, K Patel^g, T Munir^h, DE Tsaiⁱ, ML Wang^j, LYGN Presenter^k

^a *Medical College of Wisconsin, Milwaukee, United States*

^b *IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Istituto di Ematologia Seràgnoli, Italy*

^c *Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale Università di Bologna, Bologna, Italy*

^d *Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Churchill Cancer Center, Oxford, United Kingdom*

^e *Department of Hematology, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan*

^f *Sylvester Comprehensive Cancer Center, Miami, United States*