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

Introdução: Trata-se de caso de Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LDGCB) um ano após início de tratamento para Leucemia Mieloide Aguda (LMA), associação rara e sem correlação bem determinada. A LMA é decorrente de proliferação clonal de precursores mielóides com capacidade reduzida de diferenciação. Já o LDGCB é neoplasia linfóide, subtipo mais comum de linfoma não Hodgkin (LNH). **Descrição do caso:** Mulher, 69 anos, sem comorbidades, ECOG 2, inicia astenia e perda de 10 Kg em 5 meses. Admitida com anemia, leucocitose e plaquetopenia, visualizados blastos em sangue periférico. Estudo medular evidenciou LMA com componente monocítico e cariótipo normal. Considerada inelegível para tratamento quimioterápico intensivo, foi submetida a citarabina subcutânea (20 mg/m^2/dia por 10 dias) por quatro ciclos, apresentando remissão morfológica com doença residual mínima (DRM) detectável pela imunofenotipagem. Após oito ciclos, ainda com DRM detectável, iniciou tratamento com azacitidina e venetoclax. Concomitantemente, após 8 meses do tratamento inicial evoluiu com linfonodomegalia cervical, febre e perda ponderal, levantando suspeita de sarcoma mieloide ou infecção. A biópsia do linfonodo, no entanto, revelou LDGCB com positividade para Epstein-Barr (EBV). A investigação infecciosa foi negativa. Novo estudo medular confirmou LMA em remissão morfológica com DRM indetectável. Diante do novo diagnóstico, suspendeu-se o tratamento para LMA e iniciou-se R-CHOP para LDGCB. Durante o tratamento paciente apresentou diversos quadros de neutropenia febril, infecções, toxicidade hematológica (neutropenia grau 4 e plaquetopenia grau 3) e fratura patológica de fêmur. Todas essas intercorrências atrasaram o tratamento (apenas 4 ciclos em 5 meses) sendo indicada interrupção da quimioterapia por perda de performance e novo estadiamento visando mudança do plano terapêutico. **Conclusão:** Neoplasias secundárias em pacientes hematológicos são bem documentadas pós quimioterapia, incluindo LMA e síndrome mielodisplásica relacionada à terapia. No entanto, o LNH secundário a LMA é extremamente raro, com relatos isolados (menos de 10), sendo intrigante que os casos compartilhavam a presença de doença extranodal em tratamento intensivo. Diferente da paciente relatada que realizou quimioterapia de baixa intensidade. Adicionalmente, sabe-se que o LNH secundário pode se desenvolver em pacientes com síndromes de imunodeficiência e a quimioterapia em altas doses tem efeitos oncogênicos e imunossupressores que podem induzir malignidade secundária. Assim, a gênese da segunda neoplasia pode ter se relacionado ao microambiente medular pós-quimioterapia, a recuperação imunológica anormal ou mesmo à expansão de clones linfóides latentes após a supressão dos clones mieloides. Ressalta-se também a positividade para EBV na biópsia, vírus associado a neoplasias B e imunodeficiência. Destaca-se que paciente apresentou curta latência do diagnóstico primário de leucemia, com surgimento de linfonodomegalia 8 meses após, tempo menor do que em casos relatados anteriormente. Outra relevância é a dificuldade no manejo concomitante de duas neoplasias, aumentando a chance de toxicidade hematológica e consequente maior risco infeccioso, o que compromete a regularidade e efetividade do tratamento. Por fim, não conseguimos determinar se a origem genética das neoplasias foi a mesma, destacando a necessidade de incorporar estudos citogenéticos aprofundados e moleculares para a compreensão da doença.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104754

ID - 1593

LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B NA BASE DA LÍNGUA: RELATO DE CASO

C Silva Modesto, G Teixeira Cardoso, L Batalha Fernandes, C Eduardo Engel Velano

Universidade José do Rosário Velano, Alfenas, MG, Brasil

Introdução: Os linfomas são neoplasias malignas decorrentes da proliferação clonal de linfócitos B, T e células NK, representando cerca de 5% de todos os cânceres (Thandra et al., 2021). São classificados em linfoma de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin (LNH), com base em características morfológicas, imunofenotípicas, genéticas e clínicas (Statpearls et al., 2023). O linfoma difuso de grandes células B (DLBCL) é o mais comum entre os LNH, correspondendo a 30% dos casos (Medscape et al., 2025). Caracteriza- se pela proliferação de linfócitos B com padrão de crescimento difuso, podendo acometer regiões nodais e extranodais, como a cavidade oral e orofaringe. A base da língua é uma localização rara, representando cerca de 1% dos linfomas primários nesse sítio (Lim et al., 2012). Clinicamente, o DLBCL pode se manifestar como lesão indolor com sintomas inespecíficos, dificultando o diagnóstico precoce (Silva et al., 2016). Dado seu comportamento agressivo e a raridade desse acometimento, este relato descreve um caso de DLBCL com apresentação exclusiva em base lingual, destacando a importância da suspeita clínica diante de lesões orais atípicas, especialmente em pacientes com histórico oncológico. **Descrição do caso:** Mulher, 73 anos, com antecedente de carcinoma ductal de mama esquerda (estágio IIA, subtipo luminal B), tratada com mastectomia em 2011 e tamoxifeno até 2022, procurou atendimento odontológico após notar nódulo na base da língua. Referia hipogeusia e perda ponderal de 17 kg, sem dor ou inapetência. Ao exame, observaram-se lesões na base da língua, sendo indicada biópsia. O histopatológico confirmou DLBCL (subtipo centro germinativo, bom prognóstico – IPI: 1). PET-CT evidenciou captação hipermetabólica na base da língua e linfonodomegalias cervicais esquerdas (níveis IIA, IIB e III), com maior linfonodo de 1,4 cm. Iniciado tratamento com R-CHOP, bem tolerado. O PET-CT interino de reavaliação, realizado após quatro ciclos, demonstrou resposta metabólica completa (Deauville 2. A paciente segue em acompanhamento, assintomática e com exames laboratoriais estáveis. **Conclusão:** Discussão: A apresentação clínica de linfomas em cavidade oral, especialmente na base da língua, costuma ser sutil e inespecífica e, quando associada à raridade dessa localização,

torna o diagnóstico ainda mais desafiador, sobretudo em fases iniciais da doença. A presença de lesões indolores associadas à hipogeusia, como evidenciado na paciente em questão, pode ser subestimada ou atribuída a condições benignas, o que retarda a investigação adequada (Silva et al., 2016). No entanto, a detecção precoce da lesão foi um dos fatores que possibilitaram o desfecho favorável observado. O perfil favorável da neoplasia, evidenciado pela origem centro germinativo e baixa pontuação no IPI, respaldou a escolha do esquema R-CHOP como tratamento inicial. A resposta metabólica completa (Deauville 2) está associada à remissão sustentada e sobrevida livre de progressão (Yau et al., 2024). Apesar da localização rara, o tratamento seguiu diretrizes padrão, reforçando que a estratificação adequada pode levar a excelentes desfechos, mesmo em apresentações incomuns. Conclusão: Este raro caso de DLBCL primário de base de língua reforça a importância do reconhecimento de apresentações atípicas e do diagnóstico precoce, elementos essenciais para a obtenção de desfechos favoráveis, além de evidenciar a necessidade de considerar o linfoma no diagnóstico diferencial de massas orais em pacientes idosos.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104755

ID - 3327

LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B PÓS TRANSPLANTE CARDÍACO POR SÍNDROME DE DANON: UM RELATO DE CASO

BG Campello, J Severo, CCL Silva, LGF Lima, TR Evangelista, MCDM Cahu, IHL Ramos, VECB Dantas, ASA Silva, MFH Costa

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

Introdução: Os distúrbios linfoproliferativos pós-transplante (PTLD) são proliferações linfóides e/ou plasmocíticas que ocorrem em pacientes recebendo imunossupressão crônica para transplante de órgãos sólidos ou transplante alogênico de células hematopoiéticas (HCT) e representa 20% dos cânceres. **Descrição do caso:** Paciente, sexo feminino, 20 anos, realizou transplante cardíaco por miocardiopatia dilatada secundária a síndrome de Danon em setembro de 2024 e, em julho de 2025 deu entrada na emergência com quadro de dorsalgia, melena, hepato e esplenomegalias agudas, além de náuseas e vômitos. Foi realizado rastreio laboratorial e tomográfico que demonstrou lesões nodulares hepáticas, esplênicas e pulmonares, além de anemia (Hb 8,2) microcítica e hipocrômica e plaquetas elevadas (480 mil plaquetas). Durante avaliação, considerando imunossupressão com tacrolimus e micofenolato pelo risco de rejeição do enxerto cardíaco e o risco de doença linfoproliferativa pós transplante, foram realizadas biópsias das nodulações hepáticas e um lavado broncoalveolar que notou lesão em rinofaringe, também biopsiada. A lesão pulmonar foi excluída como linfoma e se configurava numa lesão por fungo filamentoso invasivo, tratada com voriconazol. Paciente não apresentava troponina alterada (troponina < 1,5), nem alteração cardiovascular em ecocardiografia (Fração de ejeção: 79%), e não apresentava sorologia positiva para EBV (IgG e IgM negativos) prévia. Em resultado de imuno histoquímica das lesões foram vistas positividade para CD20, PAX-5, BCL-2, MUM1, EBV e um Ki-67 de 80%, configurando um Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B associado ao EBV. Nesse contexto, após controle clínico e hemodinâmico, a paciente foi transferida a hematologia, onde foram suspensos imunossupressores e iniciado esquema quimioterápico com R-CHOP em consonância com a cardiologia do serviço. A paciente evoluiu bem, sem elevação de troponina ou grandes necessidades transfusionais após o primeiro ciclo e em uso apenas de prednisona 1 mg/kg/dia após a dose habitual do esquema quimioterápico. **Conclusão:** Estudos iniciais em transplante de órgãos sólidos demonstraram que o risco de desenvolver PTLD aumentou com o grau de imunossupressão, particularmente entre pacientes pediátricos. Além disso, os receptores de transplante de coração parecem ser mais propensos a desenvolver linfoma no coração ou nos pulmões (cerca de 17,9%), e geralmente apresentam doença intratorácica isolada. Ainda, é mais comum em transplante intestinal e de múltiplos órgãos (cerca de 11%). Esse relato se deu fora da faixa pediátrica, em transplante cardíaco (com incidência de cerca de 2 a 6%) e com apresentação clínica diferente do habitual no que tange a principal forma de acometimento neste tipo de transplante (hepática e em trato respiratório superior), tornando este relato raro e notável.

Referência:

Adami J, Gäbel H, Lindelöf B, Ekström K, Glimelius B, Ekbom A, et al. Cancer risk following organ transplantation: a nationwide cohort study in Sweden. Br J Cancer. 2003 Oct 6;89 (7):1221-7. doi:10.1038/sj.bjc.6601219. PMID:14520450; PMCID: PMC2394311.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104756

ID - 3108

LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO EM GRANDES CÉLULAS B COM APRESENTAÇÃO EM FORMA DE MASSA BILATERAL NAS ADRENAIS

JIDO Santos [a], BRV Carvalho [a], LC Barreto [b], MFSL Silva [c,b], GMDA Batista [b], JGP Souza [c], RA Assis [a], LEL Leite [a], CC Silva e Dutra [a], WAP Araújo Junior [a], PBT Ernesto [a], GF Sousa [a]

[a] *Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Recife, PE, Brasil*
[b] *Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife, PE, Brasil*
[c] *Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, PE, Brasil*

Introdução: O linfoma não-Hodgkin é um tipo de câncer que se origina nas células do sistema linfático e se espalha de maneira não ordenada, com acometimento primário de órgãos extranodais em menos de 1/3 dos casos, dos quais