

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 dor-salgia, 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 PTLT 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