

retrocaval e interaortocaval (3,3 x 2,8 cm nos seus maiores eixos e SUVmax = 12,8); nódulo na cauda do pâncreas (2,3 cm e SUVmax = 10,1); múltiplas formações nodulares renais bilateralmente (SUVmax = 11,4); nódulo envolvendo a porção latero-posterior do décimo primeiro arco costal à direita (3,2 x 1,8 cm e SUVmax = 8,8). A biópsia de medula óssea não evidenciou infiltração neoplásica. O paciente iniciou tratamento com esquema DA-EPOCH com profilaxia intratecal com metotrexate e atualmente segue clinicamente estável para segundo ciclo de tratamento. **Conclusão:** O LBPM é tipicamente representado como lesão mediastinal volumosa e os principais sítios de acometimento secundários costumam ser torácicos como pulmão, pleural e costelas. Em estágios mais avançados e com doença disseminada, os rins, trato gastrointestinal e sistema nervoso central são os principais alvos de comprometimento. O caso clínico acima descreve uma apresentação atípica e agressiva com disseminação abdominal em rins e pâncreas em um paciente abaixo da faixa etária prioritária para doença. **Palavras-chaves:** Linfoma primário de mediastino; PET-CT.

Referência:

1. Dunleavy K, Wilson WH. Primary mediastinal B-cell lymphoma and mediastinal gray zone lymphoma: do they require a unique therapeutic approach? *Blood*. 2015;125(1):33-9. doi: 10.1182/blood-2014-05-577379.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104760>

ID - 3245

LINFOMA PLASMABLÁSTICO ASSOCIADO AO HIV

GM Raitz^a, A Ferrari^b

^a Hospital do Câncer de Maringá, Maringá, PR, Brasil

^b Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde, Universidade Cesumar (UniCesumar), Maringá, PR, Brasil

Introdução: O linfoma plasmablástico (LPB) é uma neoplasia agressiva, frequentemente associada à infecção pelo HIV, caracterizada por apresentação extranodal e imunofenótipo plasmocítico. **Objetivo:** Relatar um caso de linfoma plasmablástico atendido no Hospital do Câncer de Maringá. **Metodologia:** Dados do prontuário, com autorização prévia do paciente. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 37 anos, iniciou quadro de nodulações arroxeadas em couro cabeludo, perda auditiva, paralisia facial, além de anemia e perda de peso. Internado para investigação em serviço externo sendo diagnosticado com HIV. Realizada biópsia das lesões com imunohistoquímica sugestiva de plasmocitoma, sendo encaminhado para serviço de onco-hematologia. Na investigação os exames revelaram pico monoclonal em gamaglobulinas (0,63 g/dL) e imunofixação IgG Lambda. Apresentava anemia, sem disfunção renal ou hipercalcemia. Tomografia mostrou formações expansivas na calota craniana com invasão extra e intracraniana, osteólise óssea (maiores: 9 cm frontal direita, 7,5 cm occipital esquerda, 5,2 cm porção petrosa temporal),

nódulos pulmonares bilaterais e lesões hepáticas suspeitos e esplenomegalia. A revisão da lâmina veio compatível com Linfoma Plasmablástico, CD138, KAPPA, CD56 E MUM-1 positivos, CD20 negativo e Ki67 de 100%. Para complementar o estadiamento, feito imunofenotipagem de medula e liquor que vieram negativos. Optado por realizar tratamento com DaEPOCH (Etoposídeo, Presdnisona, Vincristina, Ciclofosfamida, Doxorubicina) + Bortezomibe, está no primeiro ciclo de tratamento com redução significativa das lesões através do exame físico. **Discussão:** O LPB é um subtipo raro e agressivo de linfoma não Hodgkin de células B, com morfologia plasmablástica, marcadores plasmocitários (CD138, MUM1/IRF4), ausência de CD20, Ki-67 >90%, frequente rearranjo de c-MYC e associação com EBV, sobretudo em pacientes HIV positivos. Geralmente tem acometimento extranodal, como cavidade oral, linfonodos e trato gastrointestinal. A sobrevida global em 5 anos é <40%, com mediana de 11–32 meses, piorando em estágio avançado, e rearranjo de MYC ou ausência de EBV. O tratamento não é padronizado, sendo usados regimes intensivos como EPOCH. O uso do bortezomibe ainda é controverso. **Conclusão:** LPB em pacientes HIV positivos é uma entidade rara e de prognóstico reservado, requerendo manejo multidisciplinar, com necessidade de novas terapias para melhorar os desfechos.

Referências:

Li JW, Peng HL, Zhou XY, Wang JJ. Plasmablastic lymphoma: current knowledge and future directions. *Front Immunol*. 2024;15:1354604. doi:10.3389/fimmu.2024.1354604.

Di Ciaccio PR, Polizzotto MN, Cwynarski K, Mian M, Castillo JJ, Landsburg DJ, et al. The influence of immunodeficiency, disease features, and patient characteristics on survival in plasmablastic lymphoma. *Blood*. 2024;143(2):152-65. doi:10.1182/blood.2023021348.

Tchernonog E, Faurie P, Coppo P, Martin A, Ouvrier MJ, Bonnet A, et al. Clinical characteristics and prognostic factors of plasmablastic lymphoma patients: analysis of 135 patients from the LYSA group. *Ann Oncol*. 2017;28(4):843-8. doi:10.1093/annonc/mdw684.

Mai B, Wang W, Lin M, Zhang Y, Liu H, Chen J, et al. HIV-associated plasmablastic lymphoma in the era of HAART: a single-center experience of 21 patients. *AIDS*. 2020;34(12):1735-43. doi:10.1097/QAD.0000000000002590.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104761>

ID - 3423

LINFOMA PLASMABLÁSTICO EM PACIENTE HIV-POSITIVO: RELATO DE CASO

LA Radtke^a, LC Franco^b, FAC Manduco^a

^a Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos (HUMANITAS), São José dos Campos, SP, Brasil

^b Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Londrina, PR, Brasil

Introdução: O linfoma plasmablástico (LPB) é um subtipo raro e altamente agressivo de linfoma não-Hodgkin, caracterizado