

opção, o sucesso depende de integração entre hematologia, infectologia e cuidados intensivos, além de suporte otimizado e vigilância precoce de complicações.

Referências:

Castillo JJ, Bibas M, Miranda RN. The biology and treatment of plasmablastic lymphoma. *Blood*. 2015;125(15):2323–30. doi:10.1182/blood-2014-10-567479.

Recent multicenter experience and treatment patterns showing DA-EPOCH predominance and new combinations (V-DA-EPOCH, daratumumab+DA-EPOCH). *Blood supplement / multicenter reports 2020–2024*.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104763>

ID - 1880

LINFOMA PLASMABLÁSTICO X DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE: RELATO DE CASO

BdO Lemos^a, DMM Borducchi^b, LO Maia^a, CS Rodrigues^a, GLdA Revoredo^a

^a Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR), São Paulo, SP, Brasil

^b Oncologia D'or, Santo André, SP, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (DLPT) é um grupo heterogêneo de distúrbios linfoides mais comumente relacionado à ativação descontrolada de células B. Tal fenômeno, pode ocorrer após transplante de células tronco hematopoieticos ou transplante de órgãos sólidos, sendo a ocorrência em transplante hepático de baixa incidência, quando comparada aos demais tipos. O Linfoma Plasmablástico (LPB) é um subtipo raro de distúrbio linfoide, com mau prognóstico e elevada invasividade, com sobrevida média de cerca de 4-9 meses. Devido a raridade da doença, a maioria dos estudos até o momento são retrospectivos e estudos randomizados são escassos a fim de avaliar a melhor linha terapêutica. Diante disso, o objetivo do relato de caso é evidenciar o tratamento com Bortezomibe em combinação com dose-ajustada de Etoposídeo, Prednisona, Vincristina, Ciclofosfamida e Doxorubicina (V-daEPOCH) e sua resposta clínica. **Descrição do caso:** N.G.L., 63 anos, encaminhado para avaliação do hematologista com história pregressa de transplante hepático em 2020 devido cirrose hepática + carcinoma hepatocelular, em uso de Tacrolimus 4 mg/d. Durante acompanhamento com hepatologista, paciente apresentou um nódulo pulmonar, o qual foi tratado inicialmente como tuberculose. Contudo, mesmo após término de tratamento antibacteriano, o paciente evolui com crescimento da massa pulmonar e com perda ponderal, sendo assim optado por biópsia pulmonar. Biópsia pulmonar compatível com doença linfoproliferativa pós transplante (DLPT) de neoplasia com diferenciação plasmocitária, com alto índice de proliferação, e infiltrado linfoplasmocitário misto com esboço de granulomas e ocasionais imunoblastos EBV positivos. Imunohistoquímica: Positivo para CD20, CD3, CD30, CD138, MUM1, PAX5, c-MYC (70%), Ki67 (60%). Negativo para CD56. Realizado PET-CT com presença de nódulo heterogêneo em lobo superior

esquerdo de 6,5 x 5,4 x 4 cm (SUV MAX 15,5) e linfonodo supraclavicular hipermetabólico de 1,2 cm (SUV MAX 4,1). Diante desses dados, o paciente foi internado para iniciar tratamento com V- daEPOCH. Após o 1º ciclo, via hospitalar, os ciclos subsequentes foram realizados ambulatorialmente por meio de uso de bomba de infusão. Realizado PET-CT após 3º ciclo que evidenciou resposta metabólica completa (Deauville 2). **Conclusão:** Linfoma Plasmablástico (LPB) se apresenta com células grandes semelhantes às células B imunoblásticas, mas expressam antígenos associados a células plasmáticas. A etiologia e patogênese ainda não é totalmente conhecida, devido à raridade da doença, porém se acredita que há uma relação com o processo de diferenciação das células B pós centro germinativo e transformação das células imunoblásticas em células plasmáticas. Dado que a maior parte do conhecimento sobre LPB vem de relatos de casos clínicos, não há um padrão de tratamento para essa doença. Estudos apontam como tratamento de primeira linha a quimioterapia. No entanto, o uso de inibidor de proteassoma, como bortezomibe, combinado com quimioterapia se mostra com bons resultados e com boa tolerabilidade em pacientes com LPB, com taxa de resposta completa superior a 90% e uma taxa de sobrevida global em 5 anos de 65%. O relato do caso em questão veio a contribuir como uma possibilidade de tratamento com V-daEPOCH, com resposta clínica e a possibilidade de realização de ciclos via ambulatorial, por meio de uso de bomba de infusão e com PET-CT após 3º ciclo negativo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104764>

ID - 2310

LINFOMA PLASMOBLÁSTICO: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E TERAPÊUTICO EM COORTE RETROSPECTIVA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

ACP Veronez, SAB Brasil, MC Purini, DE Fujimoto, MM Bandeira, GLC Rosa, MF Passolongo, MLF Oliveira, LB Brito, JLAL Souza, ACR Ribeiro, JF Campos

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma plasmoblástico (LPB) é um subtipo raro e agressivo de linfoma não-Hodgkin de células B. As células neoplásicas apresentam características de plasmablastos e marcadores de diferenciação plasmocitária, como MUM1 e CD138, e negatividade para CD20. Está relacionado a estados de imunossupressão, principalmente infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), porém pode ser encontrado em indivíduos imunocompetentes. A infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV) é um fator etiológico importante, sendo detectada em grande parte dos casos. Apresenta-se como uma massa extranodal de crescimento rápido, afetando diversas regiões do organismo, sendo a mais comum a orofaringe. Em relação ao tratamento, não existe protocolo padronizado, sendo frequentemente extrapolados de outros linfomas