

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

agressivos. O prognóstico costuma ser reservado, com sobrevida mediana em torno de 12 meses. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico, epidemiológico, imunofenotípico, e terapêutico dos pacientes com LPB diagnosticados na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Material e métodos:** Estudo observacional, retrospectivo de pacientes com diagnóstico confirmado por histologia de LPB em um centro de referência. Coletados em prontuário dados demográficos, clínicos e laboratoriais, incluindo sorologia para HIV e EBV, estadiamento segundo Ann-Arbor, resposta ao tratamento, e follow-up. **Resultados:** Foram identificados 12 pacientes com LPB. A idade média foi de 45,1 anos (mediana 41; IQR 35–55), predominando sexo masculino (66,7%). A infecção por HIV estava presente em 41,7% dos casos avaliados. O perfil imunohistoquímico mostrou CD20 negativo em 91,7%, CD138 positivo em 83,3% e MUM1 positivo em 66,7% dos casos avaliados. Dados sobre EBV não estavam disponíveis para a maioria dos pacientes. A resposta à 1ª linha foi: resposta completa em 58,3% (n = 7), refratária em 16,7% (n = 2) e sem informação em 25,0% (n = 3). Tendo sido realizado protocolos CHOP E DA-EPOCH. O tempo médio entre o diagnóstico e o último contato é de 2,88 anos, com variação entre 2,6 meses até 9,47 anos. **Discussão e conclusão:** Esta coorte confirma o perfil descrito na literatura para LPB: predomínio de adultos jovens, sexo masculino, associação frequente com HIV e fenótipo imunohistoquímico clássico (CD20–, CD138+, MUM1+). A taxa de resposta completa de 58,3% sugere eficácia inicial do tratamento em parte dos pacientes. A raridade da doença e a heterogeneidade dos dados reforçam a necessidade de padronização do registro clínico-patológico e de estudos multicêntricos para avaliar comparativamente estratégias terapêuticas.

Referências:

- Ricker JL, Chen Q, Huang Q, Rosenwald A, Perry AM, Cook JR, et al. Plasmablastic lymphoma: a review of current knowledge. *Blood Cancer J.* 2018;8(12):118. doi:10.1038/s41408-018-0154-9.
- Castillo JJ, Bibas M, Miranda RN. Plasmablastic lymphoma: a systematic review of the literature. *Am J Hematol.* 2015;90(5):450-4. doi:10.1002/ajh.23947.
- Lopes AB, Oliveira FB, Maciel RR, Costa AT, Soares Junior AC, Silva ESM, et al. Linfoma plasmablastico associado a lesão em sistema nervoso central: proposta de tratamento a um raro caso na literatura. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2024;25(2):–. [publicação online antes da paginação] doi:10.1016/j.htct.2024.05.006.
- Godoi AB, Silva RS, Almeida TM, Oliveira CM, Costa FS, Paniago AMM, et al. Linfoma plasmablastico em paciente com vírus da imunodeficiência humana – um relato de caso. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2021;43(S1):S560. doi:10.1016/j.htct.2021.10.928.
- Fernández-Álvarez R, García JF, Martín-Moro F, González-Vicent M, Rodríguez-Peralto JL, Piris MA, et al. [Plasmablastic lymphoma]. *Med Clin (Barc).* 2016;147(9):399-404. doi:10.1016/j.medcli.2016.05.027.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104765>

ID - 2511

LINFOMA T HEPATOESPLÊNICO: RELATO DE UMA DOENÇA RARA E DESAFIADORA

RL de Almeida, ABB Costa, AL Copello, AS dos Anjos, BB Wigderowitz, LF Nano, RDS Sgro, TS Band, KPU Turon

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O linfoma T hepatoesplênico (LTH) é uma neoplasia linfoproliferativa rara com pouco mais de 200 casos relatados na literatura. Consiste em uma doença agressiva, mais comum em pacientes jovens e de difícil diagnóstico. Caracteriza-se por envolvimento de fígado, baço e medula óssea, geralmente sem linfadenomegalias periféricas. A resposta a esquemas CHOP-like é ruim, podendo-se considerar esquemas como Hyper CVAD ou outras opções contendo platina, ifosfamida ou citarabina. Após a indução, o transplante de medula óssea alogênico - ou autólogo na ausência de doador disponível - é recomendado como consolidação. O prognóstico é ruim e os pacientes refratários comumente evoluem para progressão de doença e óbito. **Descrição do caso:** Relatamos o caso de G. B. F., um paciente masculino, 34 anos, previamente hígido que evoluiu com quadro arrastado de febre diária, perda ponderal de 20 kg, aumento progressivo do volume abdominal e pancitopenia com evolução de por volta de 2 meses. Inicialmente tratado como pneumonia comunitária, manteve sintomas sendo reavaliado na unidade básica de saúde e evidenciada esplenomegalia volumosa (36 cm em tomografia computadorizada), hepatomegalia e sinais de hipertensão portal. Inicialmente aventada a hipótese de leishmaniose visceral ou de outras doenças linfoproliferativas. O paciente foi transferido para o HUCFF para continuidade da investigação. Realizado aspirado de medula óssea na unidade. A imunofenotipagem da amostra evidenciou 24,1% de células T aberrantes com o seguinte fenotipo: CD3+ cyCD3- CDT+ CD2+ CD33++ Granzima B+ CD56- heterogêneo CD5- CD4- TCRgd+ TCRab- CD57- CD19- MPO- cyCD79A- CD34- CD20- CD10-CD99-, compatível com Linfoma T gamma-delta hepatoesplênico. Paciente foi submetido, então, a 2 ciclos do esquema HyperCVAD. Não apresentou resposta clínica ou laboratorial. Posteriormente, recebeu 1 ciclo de DHAP também sem resposta. Foi submetido a radioterapia esplênica 5 sessões na dose de 1,5 Gy/dia, sem controle da doença. Com piora progressiva da pancitopenia e sintomas compressivos abdominais, optou-se por esplenectomia terapêutica, com objetivo de redução de carga tumoral. No intra-operatório intercorreu com múltiplos episódios hemorrágicos sendo mantido em CTI por 18 dias. Apresentou melhora discreta da pancitopenia mantendo contagem próxima a 20 mil. Recebeu alta para a enfermaria, sendo acordados cuidados proporcionais. O paciente evoluiu a óbito na semana seguinte. **Conclusão:** Este caso ilustra os desafios diagnósticos do LTH, cuja apresentação inicial pode simular infecções ou doenças infiltrativas. A ausência de linfonodomegalias, a esplenomegalia maciça dificultaram o diagnóstico precoce. O LTH tem curso