

400

### PREVALÊNCIA DE MORBIDADE HOSPITALAR POR LINFOMA NÃO-HODGKIN EM TERESINA, PIAUÍ, NO PERÍODO DE 2015 - 2020

T.O. Pinto<sup>a</sup>, N.L.C. Portela<sup>b</sup>, K.C. Alencar<sup>a</sup>, R.M. Martins<sup>a</sup>, M.E.S.O. Araújo<sup>a</sup>, I.D. Rêgo<sup>a</sup>, G.L.D. Miranda<sup>a</sup>, R.D.N. Benvindo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro Universitário Uninovafapi, Teresina, PI, Brasil

<sup>b</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Caxias, Caxias, MA, Brasil

**Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico da morbidade hospitalar por Linfoma não-Hodgkin (LNH) em Teresina, Piauí, no período de 2015 a 2020. **Material e métodos:** Estudo ecológico realizado a partir de dados secundários referentes aos indicadores de morbidade hospitalar por LNH em Teresina, Piauí de janeiro de 2015 a junho de 2020, disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Os dados foram agrupados no Microsoft Excel<sup>®</sup>, realizada análise estatística descritiva, frequência absoluta e relativa. **Resultados:** No período analisado obtiveram-se um total de 583 internações e 63 óbitos por LNH em Teresina, Piauí. A maior prevalência de internação ocorreu no ano de 2015, com um total de 132 casos (22,6%), sendo predominante em indivíduos do sexo masculino (59,0%) e faixa etária de 60 a 69 anos (19,9%). Com relação ao número de óbitos, a maior quantidade foi no sexo masculino (53,9%) e em indivíduos de 50 a 59 anos (33,3%), sendo a maior taxa ocorrida no ano de 2016 (25,4%). Quanto a cor/raça, observou-se a predominância da cor/raça parda nas internações (92,8%) e óbitos (92,1%). **Discussão:** O Instituto Nacional de Câncer estima que para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados no Brasil 12.030 novos casos de LNH, sendo a maioria entre indivíduos do sexo masculino. Sendo assim, vários estudos mostram a relação entre sexo e idade com a incidência da doença, revelando ser um pouco maior no sexo masculino. No entanto, de acordo com o resultado do presente estudo, foi observado uma diferença entre os sexos, com prevalência maior de indivíduos do sexo masculino internados por LNH. Com relação a faixa etária, pesquisas revelam que a idade mediana para apresentação de LNH é de 50 anos, já outros autores relatam que 57,0% de todos os LNH foram detectados em indivíduos com mais de 65 anos. No presente estudo, a faixa etária encontrada de maior internação foi entre 60 a 69 anos o que se assemelha aos dados encontrados nos estudos supracitados com relação ao tempo médio para a apresentação da doença. Quanto aos óbitos verificou-se um maior número em indivíduos que se encontram a partir da quinta década de vida, esses achados também são reiterados em outros estudos. Além disso, envelhecer é um forte fator de risco para o linfoma em geral. Como a doença afeta células importantes no combate a infecção e somando-se ao fato que o próprio processo de envelhecimento compromete o sistema imunológico, isso explica o maior número de morte e casos entre os idosos. Ao que se relaciona a cor/raça, dados do Instituto Nacional de Câncer revelam as pessoas de cor branca são mais propensas que as negras e as asiáticas a desenvolver linfoma não Hodgkin.



Entretanto, o presente estudo encontrou maior prevalência em indivíduos pardos. **Conclusão:** De acordo com os resultados obtidos, nota-se que houve expressiva morbidade hospitalar por Linfoma não-Hodgkin em Teresina, Piauí. Esses achados reforçam a necessidade da realização de pesquisas sobre a doença, além da adoção de medidas de prevenção para que os indivíduos saibam detectar os sintomas característicos de forma precoce e, de controle de novos casos. Ressalta-se a necessidade de políticas de saúde voltadas para os segmentos de menor suporte socioeconômico para que tenham acesso ao diagnóstico em tempo oportuno, controle e tratamento adequado e imediato.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.402>

401

### PRIMARY CUTANEOUS CD30NEGATIVE ANAPLASTIC LARGE T CELL LYMPHOMA

L. Pereira, L.G.R. Barbosa, J.E. Conti-Spilari, C.M. Bertolucci, A.R. Severino, R. Teotonio, M. Higashi, E.R. Mattos, M.R.V. Ikoma-Colturato

Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP, Brazil

**Introduction:** Primary CD30 negative cutaneous T-lymphomas are rare and correspond to less than 5% of all cutaneous T-lymphomas. Cytotoxic CD4+ T cell lymphomas are also uncommon. Here, we report a rare case of primary cutaneous lymphoma of CD4 +/CD30 negative cytotoxic T cells. **Case report:** A 66-year-old male was referred to our service with a two years history of widespread erythematous scaly and itchy rash reaching 2/3 of body skin surface and 3 nodules on the skin of the chest, that had no improvement with topical measures. Skin biopsy showed an atypical lymphocytic infiltrate in the dermis with epidermotropism. Immunohistochemical staining showed: CD2+, CD3+, CD4+, CD7+, CD8 and CD30 negative. Bone marrow (BM) biopsy was normal. The diagnosis was mycosis fungoides (MF) in clinical stage IIIA, since the extent of the erythroderma was greater than 80% of the body surface. Peripheral blood (PB) immunophenotyping detected 88 small T cells/mL, with dim expressions of CD2, CD3 and CD5, normal expressions of CD4, CD27, CD28, CD45RA, and partial expressions of CD7, CD25, CD26, CD45RO, CD56, that does not correspond to a Sezary cell immunophenotype. Initially, he was treated with PUVA plus corticosteroids with no response. Sequentially, he underwent chemotherapy with methotrexate plus interferon. Although the skin lesions improved, 4 months later he developed a bilateral enlargement of the inguinal lymph nodes. Inguinal lymph node biopsy was compatible with large T cell lymphoma, CD3 +, CD 4+ while CD8, ALK and CD 30 were not expressed. He received 6 cycles of CHOP regime. After the 3rd cycle, PET-CT showed lesions without residual uptake (Deauville I scale). After 6 cycles, he presented progressive disease with fever and night sweats, with disseminated axillary, inguinal, retroperitoneal lymphadenopathy and bone lesions, confirmed by PET-CT (Deauville 5). The BM immunophenotype revealed large cytotoxic T cells CD2+, CD3+, CD4+, CD11c+, CD26+, CD27+, CD38+, CD45+, CD45RO+, CD56+, CD94+, CD197+, Granzyme+ and Perforin+, with monoclonal



pattern expression of TRBC1, without expressions of CD5, CD7, CD16, CD25, CD28, CD30, CD57, CD45RA, cyTCL1. **Discussion:** The PB and BM immunophenotypes did not meet the criteria for the diagnosis of MF. The immunophenotype observed was compatible with monoclonal cytotoxic CD4 cells, which may correspond to a rare case of CD30 negative Anaplastic Large Cell Lymphoma transformed from a small cell variant of anaplastic large cell lymphoma, which has an aggressive clinical course. Based on the few reported cases, it can be suggested that the prognosis is the same as that seen in other forms of cutaneous T lymphomas, in which the predominance of small cells has an indolent clinical course, whereas large T cell lymphomas are expected have a more aggressive clinical course. But it is irrefutable that the presence of markers such as Perforin and Granzyme are related to greater cytolytic activity, which correlates with more aggressive behavior. Therapeutic approaches for these patients range from topical treatments in the early stages, or intensive chemotherapy and stem cell transplantation for more aggressive diseases. But the treatments available for these T-cell lymphomas are not effective enough and new treatment modalities are needed.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.403>

402

#### RELAÇÃO ENTRE A MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM E A NEUROPATIA PERIFÉRICA: UMA REVISÃO

L.V.D. Reis<sup>a</sup>, A.C.C. Souza<sup>a</sup>, A.C.D. Amaro<sup>a</sup>, R.B.C. Fagundes<sup>a</sup>, F.A.A.E.S. Júnior<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

**Objetivos:** A macroglobulinemia de Waldenström é um linfoma indolente de células B raro, caracterizado por infiltração linfoplasmocitária da medula óssea e presença da imunoglobulina M monoclonal (IgM). Sua apresentação clínica é heterogênea, visto que se dá pela soma dos sinais e sintomas secundários à infiltração de órgãos por células clonais, e características imunológicas e físico-químicas específicas de IgM monoclonal. Uma complicação comum deste linfoma é a neuropatia periférica, que pode estar presente no seu diagnóstico ou posterior a ele. **Material e métodos:** A pesquisa foi realizada por meio de revisão bibliográfica que versasse sobre a temática nas bases de dados científicas PubMed, MEDLINE e SciELO, com critérios de inclusão artigos publicados entre 2010 e 2020 e descritores “Waldenström’s macroglobulinemia and neuropathy” e “Waldenström’s macroglobulinemia and peripheral neuropathy”, sem restrição de idioma. **Resultados:** Foram encontrados 7 artigos relacionados aos descritores; destes, 7 foram selecionados por relacionarem a macroglobulinemia de Waldenström e neuropatia periférica, contemplando 3 artigos de revisão, 1 relato de caso e 3 artigos originais. **Discussão:** As neuropatias periféricas relacionadas com a paraproteína IgM são um grupo heterogêneo de doenças frequentemente associadas a gamopatias monoclonais IgM,

incluindo a Macroglobulinemia de Waldenström. A fisiopatologia da associação entre a neuropatia periférica e a Macroglobulinemia de Waldenström ainda não é bem compreendida. Contudo, estudos demonstram que nestes casos, ocorre o depósito monoclonal de IgM em lamelas alargadas das fibras de mielina e nos restos de mielina contidos nas células de Schwann e macrófagos. Isso ratifica que a patogênese seja um efeito direto das proteínas M no nervo periférico, resultando no processo de desmielinização. Em geral, esta neuropatia adquirida se apresenta como sensorial, com perda distal, desmielinizante, simétrica com a proteína M, com força geralmente normal, sentidos de pino e vibração reduzidos e presença de distúrbios de marcha. Em relação ao tratamento, existem dados muito limitados para fazer recomendações definitivas. Contudo, em pacientes com Macroglobulinemia de Waldenström evidente e neuropatia periférica, o tratamento da doença secundária será a abordagem da doença primária, levando em consideração o risco de neuropatia relacionada à terapêutica utilizada. **Conclusão:** Percebe-se que existem dados limitados para orientar a prática clínica em pacientes com neuropatia periférica associada a Macroglobulinemia de Waldenström. Além disso, a maioria dos resultados do tratamento tem sido insatisfatória. Desta forma, esta associação requer investigações neurológicas e hematológicas adequadas para diagnóstico, monitoramento e terapêutica adequados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.404>

403

#### RELATO DE CASO DE LINFOMA CÉLULAS T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

L.L.A. Silva, T.C.M. Ribeiro, T.Y. Barbata, A.S. Ribeiro, R.S. Ferrelli, E.D.D. Santos, E.T. Calvache, T.B. Soares, D.H. Catelli, A.A. Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

**Relato:** Feminina, 84 anos, com história prévia de hipotireoidismo, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia isquêmica e tabagismo é atendida na emergência do HCPA por tosse e dispneia. Ao exame, apresentava linfonodomegalias cervicais e axilares, ausculta pulmonar com roncos e rash cutâneo em membros superiores associado a prurido. Laboratoriais da admissão eram Hb 13g/dL, leucocitose 24.000 (4.0 a 12.0 x 10<sup>3</sup>/uL) com 5% bastões e 3% plasmócitos, plaquetas 236.000 (150 a 400 10<sup>3</sup>/uL), creatinina 0,87 mg/dL (TFG 61), cálcio 12 mmol/L, LHD 497, sorologias para hepatites virais e HIV negativos, eletroforese de proteínas com imunofixação - ausência de banda monoclonal, IgG 3643. Foi testada para COVID-19 sendo negativo e tratada com amoxicilina+clavulanato e azitromicina por infecção de foco respiratório. Prosseguiu-se investigação com Tc tórax, abdome e cervical que evidenciaram linfonodomegalias difusas. Foi então submetida a biópsia excisional de linfonodo cervical que confirmou com PD-1 (CD279) +, CXCL 13 +, CD3+, CD5+ CD21+, fechando diagnóstico para Linfoma de cél T angioimunoblástico. Posteriormente realizou-se biópsia de medula óssea que mostrou comprometimento medular, portanto, neoplasia em estágio 4/IPI 5 alto risco.