

INTERNAÇÕES POR LINFOMA NÃO HODGKIN EM CRIANÇAS NO ESTADO DO PARÁ NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

DO Costa, DG Barbosa, MYF Lobato, BP Farias, RAS Galdino, SC Franco, CVCD Nascimento

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico das internações por Linfoma Não Hodgkin em crianças no estado do Pará nos últimos 5 anos. **Material e métodos:** Estudo ecológico que utilizou dados referentes às internações por Linfoma Não Hodgkin (LNH) em crianças no estado do Pará, no período de 2016 a 2020, disponíveis na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Analisou-se a epidemiologia dessas internações abordando as variáveis ano de internação, distribuição por região de saúde, faixa etária, sexo e número de óbitos. **Resultados:** Foram notificadas 352 internações por Linfoma Não Hodgkin em crianças no Pará. Quanto aos anos com maior número de internações, encontram-se 2018 (33,23%) e 2019 (25,28%). Em relação à distribuição por Região de Saúde, a região Metropolitana I foi a que mais se destacou, com 82,67% dos casos, seguida do Baixo Amazonas (16,47%), e, por fim, Carajás, Araguaia e Xingu, cada uma com apenas uma notificação. Tratando-se da faixa etária, obteve-se que 49,71% dos indivíduos possuíam idade entre 5 e 9 anos; 32,1% entre 10 e 14 anos; 17,33% entre 1 e 4 anos; 1,07% eram menores de 1 ano. No que tange ao sexo da população, 73,58% eram do sexo masculino, enquanto 26,42% eram do sexo feminino. Por fim, observou-se 14 óbitos por essa causa. **Discussão:** O LNH é uma neoplasia hematológica com importante incidência mundial, que é influenciado por fatores extrínsecos como a infecção por Epstein Bar, e intrínsecos, como a genética; e ao analisar a distribuição das internações por LNH no Pará, a região metropolitana possui o maior índice, o que reflete a maior possibilidade de diagnóstico devido à concentração dos centros de referência em oncologia e tecnologias em saúde nessa. Ao estudar a faixa etária, nota-se a concordância com a literatura internacional, visto a diminuta taxa encontrada em crianças menores de 1 ano, e a mais importante entre 5 e 9 anos. Ao se avaliar a variável sexo, os achados são equivalentes à literatura existente, uma vez que a predominância patológica é masculina. A mortalidade por essa doença se explica, a partir da literatura, pelo diagnóstico e estadiamento tardio, visto que a busca por assistência à saúde normalmente ocorre de 30 a 50 dias após o início dos sinais e sintomas, podendo alcançar 365 em estudos. **Conclusão:** Dessa forma, percebe-se que, no período estudado, essa neoplasia hematológica acometeu de forma mais significativa crianças do sexo masculino entre 5 e 9 anos de idade e indivíduos da região Metropolitana I. Além disso, vale ressaltar que a busca por atendimento precoce ajuda a evitar os óbitos, assim como deve ser sempre investigado os sinais e sintomas devido a dificuldade de diagnóstico e os impactos no sistema que o LNH causa.



LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T DO ADULTO: RELATO DE CASO

PADSBA Matos, SS Marcondes, GS Sonsim, VHR Carvalho, ADD Santos, ACB Sousa, JPA Frechiani, ALRAC Sipolatti, MDD Santos, MP Araujo

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil



Introdução: A Leucemia/Linfoma de Células T do Adulto (ATLL) é uma neoplasia relacionada à infecção dos linfócitos T maduros CD4+ pelo vírus T - linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1). O HTLV-1, primeiro retrovírus humano isolado, possui caráter endêmico em regiões como o Japão, África, Caribe, América Central e do Sul, principalmente, no Peru e no Brasil. Estima-se 5-10 milhões de pessoas infectadas, porém, somente 5% desenvolvem ATLL, em geral, após longo período de latência. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com o diagnóstico de ATLL, enfatizando os aspectos clínicos e diagnósticos desta neoplasia rara. **Relato de caso:** Feminino, 57 anos, hepatopata crônica (CHILD A), à admissão apresentava febre contínua associada à tosse produtiva, astenia, sudorese e perda ponderal de 5 kg em um mês. Encontrava-se em regular estado geral, emagrecida, hipocorada, com linfonodomegalias em cadeia cervical anterior de até 1,5 cm, móveis e de consistência fibroelástica. Recebeu diagnóstico de Tuberculose Pulmonar (BAAR e teste rápido molecular positivos). Após três meses de antibioticoterapia, retorna ao ambulatório afebril, com redução da tosse, artralgia sem artrite e reaparecimento de adinamia e anorexia. Exames laboratoriais evidenciando hipocalemia, hipercalcemia, hipomagnesemia, hiperfosfatemia e clearance de creatinina 47,3 mL/min/1.73 m². Internada para investigação com leucocitose de predomínio linfocítico e neutropenia, sorologia HTLV positiva e mielograma com flowercells. Pela gravidade e indisponibilidade do interferon iniciado quimioterapia (R-CHOP). Após dois ciclos internou por intercorrência clínica evoluindo para óbito em 24 horas. **Discussão:** O risco da infecção pelo HTLV-1 levar ao quadro de ATLL é de 6 a 7% nos homens e 2 a 3% nas mulheres em um período de 20 a 30 anos. É mais comum entre 40 e 70 anos de idade sendo classificada como: aguda, crônica, linfomatosa, indolente e, recentemente, na forma tumoral primária de pele. As formas aguda, linfomatosa e tumoral primária de pele são as de pior prognóstico. Clinicamente podemos encontrar adenomegalia (60%), hepatomegalia (26%), esplenomegalia (22%) e lesões de pele (39%). Laboratorialmente ocorre hipercalcemia em metade dos pacientes e hiperbilirrubinemia nos casos de infiltração hepática indicando pior prognóstico. Os níveis séricos de cálcio e DHL refletem a extensão da doença e são utilizados para avaliar sua atividade e agressividade clínica. No sangue periférico os leucócitos estão normais ou elevados e figuras de “flowercells” são consideradas patognomônicas. Desta forma, os critérios para o diagnóstico são: presença de anticorpos séricos para o HTLV-I; comprovação citológica ou histopatológica de leucemia e ou linfoma de células T maduras com antígenos de superfície CD4+/CD25+; presença de linfócitos T anormais em sangue periférico,

principalmente, das flowcells; demonstrando a integração monoclonal do HTLV-I. Em 2016, o Ministério da Saúde do Brasil publicou um protocolo com a inclusão da Zidovudina (AZT) e interferon-alfa (IFN-alfa) para o tratamento. **Conclusão:** A ATLL apresenta características clínicas semelhantes a outras linfoproliferações crônicas e seu diagnóstico permanece subestimado resultando em diagnóstico tardio e pior prognóstico. Sabendo que a incidência desta neoplasia apresenta relação com a prevalência do HTLV-1, é notória a necessidade da melhor abordagem na detecção precoce e prevenção da transmissão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.127>

LINFOCITOMA CÚTIS LOCALIZADO: RELATO DE CASO

G Cattani, AB Florian, EW Silva, MFL Pezzi,
FM Aguiar, GA Krul, TS Hahn, VM Wendt,
BC Boeira, GR Bosi

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul,
RS, Brasil

Introdução: O Linfocitoma Cútis (LC) é uma afecção linfoproliferativa B, que consiste em uma infiltração linfocitária da derme, a qual se traduz na superfície cutânea por nódulo, tumor ou placa. O LC também pode ser chamado de pseudolinfoma de células B, uma vez que pode simular um linfoma de células B tanto na apresentação histológica quanto na clínica. É uma doença rara e geralmente idiopática. Ele pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em adultos jovens, com predileção pelo sexo feminino (3:1). **Objetivo:** Relatar um caso de uma paciente diagnosticada com LC localizado. **Relato de caso:** Paciente feminina, 34 anos, previamente hígida referia surgimento de nodulação, única, em dorso, próxima ao ombro direito, com coloração acastanhada e aumento progressivo leve nos meses seguintes. Negava outros sintomas e não fazia uso de medicamentos contínuos. Realizou exérese da lesão três meses após e o anatomopatológico revelou proliferação linfocitária atípica com formação de centros germinativos e células plasmocitóides e linfocitoides com padrão de infiltração perianexial acometendo até o tecido subcutâneo. Os achados da imunohistoquímica, como CD3, CD20, CD10 e BCL6 positivos no centro germinativo, BCL2 positivo em células T e Ki67 10%, favoreceram o diagnóstico de pseudolinfoma B cutâneo/ LC. Foram realizadas tomografias de tórax e abdome sendo estas normais, como também avaliação de desidrogenase láctica que estava normal e sorologias negativas. Paciente curada pela exérese, recebeu orientações e alta. **Discussão:** O LC está relacionado a uma resposta imune exagerada a antígenos que agem como gatilhos, como por exemplo picadas de insetos, tinta de tatuagem, brincos, vacinas, vírus da Herpes simples e entre outras causas. Normalmente, as lesões se apresentam como lesão única em forma de nódulo ou placa, que podem ser cor da pele, avermelhado, acastanhado ou ainda violáceo, principalmente em face e tórax. O curso clínico da doença é variável, podendo resolver espontaneamente em meses ou anos, sendo que a progressão para um linfoma maligno é



improvável. O diagnóstico do linfocitoma requer biópsia. Na maioria dos casos o histopatológico mostra infiltrados celulares mistos em toda derme, frequentemente com formação de folículos linfóides. Os centros germinativos reativos são geralmente circundados por zonas de manto bem formadas. O tratamento depende do número de lesões, localização, presença de sintomas e identificação da causa. Na prática clínica, geralmente se usa corticosteróides superpotentes tópicos ou intralesionais, e as lesões solitárias podem ser tratadas com excisão cirúrgica. **Conclusão:** Conforme exposto, o LC pode apresentar semelhanças com o linfoma de células B, tanto histologicamente quanto clinicamente, sendo necessário exames anatomopatológicos, de imunohistoquímica e de imagens para confirmar o caso de LC. Tratando-se de uma lesão benigna, a cura foi estabelecida com o procedimento de exérese.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.128>

LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICO: RELATO DE CASO

MA Carneiro, FSD Santos, IO Dias, LC Sudario,
RM Andrade, HM Oliveira

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Paciente de 22 anos, feminina, admitida no pronto atendimento com quadro de febre diária e sintomas constitucionais há 10 dias, sem adenomegalias palpáveis, e sem remissão apesar de antibiótico empírico. Antecedente de Sarcoma de Ewing, tratado em 2014. Rastreio tomográfico inicial evidenciou esplenomegalia heterogênea importante e hepatomegalia difusa. O hemograma mostrou pancitopenia - Hb 9,1; LG 1.800; Plq 18.000. Foi realizada extensa investigação infecciosa, reumatológica e onco-hematológica. Exames laboratoriais com hiperbilirrubinemia, elevação de transaminases, hipertrigliceridemia e hiperferritinemia. Estudo medular com hiperplasia global e algumas células reticulares, sem parasitos. Evoluiu com hiperbilirrubinemia mista grave e foi submetida a biópsia hepática, que evidenciou infiltrado linfoide portal às custas de linfócitos T pequenos; diante dos achados, a possibilidade de HLH não foi excluída, apesar da ausência de hemofagocitose na amostra. Calculado HS score - 80-88% de probabilidade de HLH e, diante disso, iniciada corticoterapia. A paciente manteve pancitopenia e icterícia febril apesar do tratamento. Realizado novo estudo medular, agora com figuras de hemofagocitose no mielograma. Administradas 3 doses de etoposídeo, novamente sem melhora clínica. Diante da refratariedade do quadro, optado por realização de PET-CT Scan, que mostrou linfonodo cervical com SUV aumentado. Realizada biópsia guiada, e a imunohistoquímica do linfonodo foi consistente com linfoma de células T periféricas, HTLV negativo. Iniciada quimioterapia com protocolo DA-EPOCH; a paciente apresentou melhora clínica e laboratorial após primeiro ciclo. Após segundo ciclo, paciente cursou com nova piora clínica, evoluindo a óbito por complicações decorrentes da progressão de doença, a despeito do

