

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 linfóide 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



tratamento. **Discussão:** A Linfocitose Hemofagocítica (HLH) é uma síndrome patológica de hiperativação imune, inicialmente descrita em pediatria como uma desordem familiar. Mais tarde, foi evidenciado que este fenômeno pode estar associado a infecções, neoplasias ou doenças reumatológicas. Por se tratar de distúrbio raro, com apresentação variada e achados não específicos, torna-se um diagnóstico desafiador. Comumente, os pacientes cursam com febre recorrente, citopenias e disfunção hepática, podendo progredir rapidamente para falência orgânica. Muitos adultos apresentam a tríade febre, bicitopenia e esplenomegalia, como no caso descrito acima. Deste modo, torna-se necessária avaliação clínica e laboratorial minuciosa para correto diagnóstico. A HLH primária é rara em adultos, e o linfoma como causa secundária pode ser difícil de ser detectado. Por isso, a realização de PET-CT Scan, e amostras histológicas seriadas podem ser necessárias para o diagnóstico. Em adultos, cerca de 40 a 70% dos casos de HLH são secundários à malignidade. Semelhante ao descrito, a infiltração por linfócitos reativos pode mascarar o diagnóstico de linfoma, e a discussão interdisciplinar é importante para o diagnóstico. O tratamento é baseado no controle da HLH, e tratamento da causa base. Corticosteroides podem ser utilizados para redução da tempestade inflamatória; nos casos de HLH com disfunção orgânica importante, o etoposídeo pode ser utilizado antes do tratamento da doença de base. Posteriormente, o mesmo pode ser adicionado a esquemas de quimioterapia, como o DA-EPOCH. A mortalidade por HLH em adultos permanece alta, especialmente nos casos secundários a neoplasias.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.129>

LINFOMA ANAPLÁSICO ALK NEGATIVO SECUNDÁRIO A PRÓTESE MAMÁRIA: RELATO DE CASO



CA Martins^a, JF Fernandes^a, MVSP Cirilo^a,
LC Marques^b, JPR Cavalcante^b, EMMB Bariani^b,
LCO Bariani^b, C Bariani^b, AMTC Silva^b

^a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC
Goiás), Goiânia, GO, Brasil

^b Hospital Araújo Jorge (HAG), Goiânia, GO, Brasil

S.S.G., 37 anos, feminino, G4P2A2. Aos 31 anos, foi submetida a mastoplastia com colocação de prótese mamária, aos 36 anos iniciou quadro de dermatite em aréola em mama direita, fez uso de diferentes tratamentos tópicos, porém apresentou piora do quadro com aumento da mama direita após alguns meses. Paciente nega sintomas B, nega outras queixas associadas, nega comorbidades. Em ressonância magnética de mama direita de janeiro de 2021 observou-se imagens hiperintensas em T2, adjacentes ao implante representando líquido medindo em seus eixos perpendiculares cerca de 10,9 x 9,7 x 2,4 com volume de 130 mL, a mama esquerda sem anormalidades e ausência de linfonodos, no exame PET-CT, do mês de abril de 2021, evidenciou lesões com aumento anormal do metabolismo detectáveis ao método suspeitas de atividade de doença linfoproliferativa em mama direita. Realizada punção do líquido mamário, a citologia evidencia

suspeita de processo linfoproliferativo de células grandes pleomórficas. Imunohistoquímica mostra infiltrado de células linfóides grandes pleomórficas exibe imunofenótipo T anômalo (positividade para CD3 e CD5), com perda de expressão de CD2 e CD7, as células neoplásicas exibem expressão difusa e forte em CD30, além de serem positivas para CD4, CD25, CD43, GATA3, GRANZIMA B PARCIAL e TIA-1, células negativas para ALK1, CD8, CD20, CD68, FOXP3, PD1 e TDT, há um índice proliferativo ki67 revelou-se alto (60-70%), evidenciando o diagnóstico de Linfoma de Células T periférico primário de mama. Em 2011, a Food and Drugs Administration dos EUA reconheceu a associação entre implante mamário e linfoma anaplásico de grandes células (BIA-ALCL). A doença foi definida como uma forma rara de Linfoma não Hodgkin de células TCD30+ que se formou ao redor de um seroma advindo do implante mamário. As estimativas do risco de desenvolver BIA-ALCL têm variado de 1:100.000 a 1:3.000.000 em mulheres com implantes e essa ampla variação na estimativa de risco é reflexo das incertezas relacionadas à consciência, detecção e diagnóstico. Recomenda-se que essas pacientes sejam tratadas por excisão da prótese e de sua cápsula e que os pacientes com massas sólidas recebam quimioterapia. Os BIA-ALCLs in situ têm um curso clínico indolente e permanecem em remissão completa principalmente após a remoção do implante. BIA-ALCLs infiltrativos têm um curso clínico mais agressivo. Portanto, é fundamental realizar um estadiamento rigoroso usando a modalidade de múltiplas imagens. Implantes múltiplos podem favorecer a ocorrência de BIA-ALCL. O caso apresentando é compatível com linfoma de células T periféricas envolvendo seroma tardio, consistente com linfoma de grandes células anaplásicas associado a prótese mamária. Novos insights sobre a biologia da BIA-ALCL podem se traduzir em terapias mais direcionadas e eficazes em pacientes refratários ou recidivantes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.130>

LINFOMA ANAPLÁSICO ASSOCIADO A PRÓTESE MAMÁRIA: UM RISCO REAL



LHA Ramos^a, JMC Cabral^b, RS Vasconcelos^a,
FZ Piazeria^a, JVP Neto^a

^a Centro de Câncer de Brasília (Cettro), Brasília, DF,
Brasil

^b Instituto de Câncer de Brasília (ICB), Brasília, DF,
Brasil

Z.L, feminina, 57 anos, com antecedente de dislipidemia e asma controlada, realizou implante de prótese mamária de silicone de superfície texturizada bilateral em 2003. Em 2017 sofreu trauma em mama E, apresentando seroma local, auto-limitado. Em 26/04/19, quando realizou troca de prótese bilateral, evoluiu com seroma em mama E recorrente. Punção de seroma e análise de líquido detectou proliferação de células grandes e fenótipo anormal (CD30+, HLA-DR+ e CD25+), sugestivo de linfoma anaplásico associado à prótese mamária (LAGC-PM). Em 02/02/2021 submeteu-se retirada de próteses e a análise histopatológica e imunohistoquímica concluiu diagnóstico como Linfoma Anaplásico de células T (CD30+ / ALK-1