

Hospital de Base, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de Linfoma/ Leucemia de Células T do Adulto (ATLL) do Hospital de Base de São José do Rio Preto (HB-SJRP). **Metodologia:** Os dados foram obtidos por revisão do prontuário, após autorização prévia do paciente. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 41 anos, sem comorbidades prévia, iniciou um quadro de dores ósseas acompanhado de perda de peso. Nos exames demonstrava hipercalcemia, lesões ósseas e linfocitose em sangue periférico (23 mil linfócitos). Realizada lâmina de sangue periférico com presença de linfócitos em formato de flores (Flower Cells). Solicitado sorologias que veio com HTLV I e II reagente. Prosseguimos investigação com Citometria de Fluxo (CF) de sangue periférico que demonstrou a presença de 84,2% de células de linhagem T maduras e anômalas, que expressam os antígenos CD3 de membrana, CD4, TCR alfa/beta, CD5, CD2 e CD25, em associação com ausência de CD7 e CD26. Solicitado tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-CT), com o seguinte resultado: hipermetabolismo em lesões ósseas (maior SUV em mandíbula à direita: 6,6) e baço. Com tais achados fizemos a hipótese diagnóstica de Linfoma/ Leucemia de Células T do adulto - Fase Aguda. Proposto tratamento quimioterápico com DaEPOCH (Dose Ajustada de Etoposídeo, Prednisolona, Vincristina, Ciclofosfamida e Doxorubicina). Após 1 ciclo paciente apresentou progressão clínica com hipercalcemia e aumento de linfocitose. Optado por trocar esquema terapêutico para DHAP (Dexametasona, Citarabina e Cisplatina), sendo realizado 2 ciclos. Como paciente mantinha episódios de hipercalcemia e piora da linfocitose foi optado por realizar nova CF que demonstrava presença de 8,6% de linfócitos T maduros e anômalos e novo PET-CT onde mantinha hipercaptação em lesões ósseas e baço, sem alterações significativas em relação ao exame anterior. Dessa forma, optado por iniciar nova quimioterapia de salvamento com GEMOX (Gemcitabina e Oxaliplatina), feito 1 ciclo. Logo após evoluiu com hipercalcemia sintomática com necessidade de hemodiálise para controle. Diante deste cenário, paciente com franca progressão clínica e laboratorial, com queda de status performance, refratária a múltiplas linhas de quimioterapia foi optado em conjunto com familiares por cuidados paliativos. **Discussão:** A ATLL é uma neoplasia linfoproliferativa rara de células T maduras CD4 e CD25 positivas causada pela infecção do HTLV tipo I. Apresenta maior incidência no Japão, Caribe, América Central, África Intertropical e Romênia. Esta patologia apresenta subtipos clínicos: forma aguda, crônica, linfomatosa e smoldering. As formas aguda e linfomatosa apresentam um dos piores prognósticos de todos os Linfomas Não Hodgkin. Por ser uma doença rara e de apresentação heterogênea há controvérsias sobre o esquema quimioterápico e a necessidade de uso de antivirais. Além disso, há um resposta frustra as linhas de tratamentos sugeridas. **Conclusão:** A ATLL é uma patologia rara associada a infecção pelo vírus HTLV-I. A importância do seu reconhecimento estão relacionados a sua agressividade e aos desafios terapêuticos.

LINFOMA/LEUCEMIA DE CÉLULAS T DO ADULTO ASSOCIADO AO HTLV: RELATO DE CASO

M Navrrina-Trindade^a, V Júlio-Balestrin^a, F Fianco-Valenti^a, V Xausa-Bosak^a, F Céspedes-Gurski^a, M Silva-Santos^a, G Beust-Amador^a, D Brum-Lamaison^b, D Laks^a

^a Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil

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

Este trabalho objetiva relatar e discutir o HTLV como causa de proliferação linfóide atípica favorecendo linfoma não-Hodgkin. O vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) é considerado um retrovírus humano que causa infecção duradoura, sendo classificado em dois grupos: HTLV-1 e HTLV-2. Dos portadores de HTLV, 90% permanecem assintomáticos e provavelmente não serão diagnosticados com o vírus durante a vida. Contudo, aproximadamente 5% desenvolvem manifestações clínicas graves, com prognóstico como a leucemia/linfoma de células T do adulto. A transmissão do HTLV ocorre pelo contato sexual, por compartilhamento de agulhas, pela transfusão de sangue, por transplante de órgãos e de forma vertical. As mulheres representam cerca de 75% dos casos do vírus. O diagnóstico do HTLV-1 é realizado em duas etapas, primeiramente é feito o rastreamento por meio do ELISA e após o teste confirmatório por Western-Blot; Além, para diferenciação entre HTLV-1 e o HTLV-2 é realizado PCR -porém as cepas são indiferentes para o prognóstico. A exemplificar, caso de paciente masculino, 39 anos, negro, carga tabágica de 20 anos/maço, fazendo uso de maconha e cocaína eventualmente. Relata perda ponderal de 10 kg em 10 dias e febre vespertina há mais de 2 semanas. Ao exame físico, observa-se linfonodomegalias cervicais e à palpação, cadeias linfonodais aumentadas em região submandibular, retroauricular, supraclavicular e axilar, dolorosas e aderidas aos tecidos subjacentes de consistência pétrea. Relata linfonodomegalia em região inguinal, implicando na deambulação. São solicitados exames laboratoriais com resultados: Hb 13,7; leucócitos 9.840; plaquetas 451.000; cálcio iônico 6,1; lactato desidrogenase 622. Demais laboratoriais dentro dos valores de referência. Sorologias encontradas: toxoplasmose IgG (+); CMV IgG (+); EBV IgG (+); HTLV (+). Aos exames de imagem, são observadas linfonodomegalias em cadeia cervical, paraesofágica, retrocrural; em hilos pulmonares e cadeias intra-pulmonares; diversas linfonodomegalias junto ao hilo hepático e em retroperitônio; adenomegalias inguinais. Realizada biópsia inguinal, mostrando proliferação linfóide atípica, indicando linfoma não-Hodgkin com marcadores imunohistoquímicos CD3 +; CD4 +; CD2 +; CD25 -; TCRBF1 + e Ki67 40%, compatível de linfoma/leucemia de células T do adulto associado ao HTLV (LLCTA associado a HTLV), cursando com hipercalcemia de malignidade. Completado estadiamento da doença com biópsia de medula óssea, RNM de crânio, análise líquórica e endoscopia digestiva alta. Nenhum dos exames evidenciou comprometimento por linfoma de alto grau. Ao PET-CT, nota-se presença de massa bulky cervical bilateralmente, doença extensa supra



e infradiafragmática, bem como infiltração óssea. Caracteriza-se, assim, estadio IVb. Paciente seguiu protocolo quimioterápico CHOEP de 6 ciclos e encaminhado para transplante de medula óssea em remissão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.156>

LYMPHOMA IN THE BASE OF THE TONGUE: A CASE REPORT IN AMAZON

KOR Borges^a, GMRE Almeida^b, BVRE Almeida^b, MJS Rocha^c, GTO Silva^c, FSC Umbelino^c, ERF Silva^c, AM Vaz^c, CLMD Gonçalves^c, P Pezente^a

^a Oncológica Tapajós, Santarém, PA, Brazil

^b IMEPAC Centro Universitário, Araguaia, MG, Brazil

^c Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brazil

Lymphoma is the third most common malignant neoplasm in the world and accounts for 3 to 5% of malignant tumors. Lymphomas are B or T lymphocytic cell neoplasms that can be classified as Hodgkin's Lymphoma (LH) and Non-Hodgkin's Lymphoma. In Brazil, it is estimated that 10,000 new cases of NHL and 2,500 of HL are present each year, with a higher prevalence in men for both types. Lymph node location is very characteristic of LH, being rare outside this location. Meanwhile, extranodal is common in NHL, occurring in up to 30% of cases. The most common extranodal sites are the gastrointestinal tract, skin, subcutaneous tissue, and oral cavity. In the mouth, lymphomas may originate from the Waldeyer's ring lymph node or may be non-lymph node tissue, and tongue involvement is very rare, accounting for only 2% of lymphomas in the oral cavity. The NHL clinic is diverse, with general symptoms such as tiredness, weight loss, itching, night sweats, fever, in addition to bone pain and respiratory symptoms. On physical examination, the presence of painless adenomegaly in the neck, supraclavicular and axillary chains, and nodal or extranodal mass formation are observed. The study was carried out based on the medical records of a 38-year-old male patient, brown, rural worker, complaining of "fangs" or "spots" on the left pharyngeal wall in April 2017, five months before the diagnosis, that the patient associated with the presence of a fishbone, followed by progressively growing pre-auricular adenomegaly. Biopsy and IHC confirm high-grade non-Hodgkin's B-cell lymphoma. Computed tomography of the face and neck showed an irregularly defined expansive process with heterogeneous enhancement in the contrasting phase, located at the base of the tongue on the left, without cleavage planes with the pharyngeal mucosa and extending to the vallecula on the left, and also the presence of a lymph node increased in the left jugulo-carotid chain, level IIA, in close contact, but maintaining a cleavage plane with the left parotid gland. The patient was then treated with a chemotherapy regimen of 6 cycles of Rituximab, Cyclophosphamide, Vincristine and Doxorubicin (R-CHOP) every 21 days. At the end of this therapeutic phase, radiotherapy was started with a total dose of 40 GY in 20



fractions. Once this stage was reached, a new clinical evaluation revealed regression of the lesions, maintaining only the loss of taste. Radiologically, there was only an irregular lesion with a probable scarring character on the left side of the base of the tongue. Therefore, the treatment was carried out with outpatient follow-up for observation and control. It is concluded that there are still many difficulties in identifying and addressing not only lymphoma of the tongue, but also malignant and malignant lesions of the tongue in general. In the specific case of the lesion addressed in this study, it is observed that the lack of a database on the disease makes it difficult to establish a specific line of treatment. Despite this, the lines of treatment addressed in the cases reported, including this one, which includes cycles of chemotherapy followed by radiotherapy, have been shown to be effective as initial therapy in patients with this diagnosis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.157>

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM APRESENTANDO-SE COMO LEUCEMIA DE CÉLULAS PLASMOCITÁRIAS: RELATO DE CASO

CV Mendonça, KPU Turon

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

Introdução: A macroglobulinemia de Waldenström é uma doença linfoproliferativa indolente caracterizada por produção monoclonal de IgM. A incidência é duas vezes maior em homens do que em mulheres e maior em brancos do que em negros. A medula óssea e os linfonodos são infiltrados por células B em diferentes estágios de maturação, notadamente pequenos linfócitos, linfoplasmócitos e plasmócitos. Anemia, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia e sintomas de hiperviscosidade são algumas formas frequentes de apresentação da doença. **Caso:** Paciente de 34 anos, negro com queixa de gengivorragia, fadiga, turvação visual, cefaléia e perda ponderal de 10 kg em um período de dois meses. Negava febre ou sudorese noturna. Ao exame físico, apresentava mucosas hipocoradas, discreta hiperplasia gengival, esplenomegalia (cerca de 8 cm do rebordo costal esquerdo) e linfonodomegalia inguinal bilateral. O laboratório de admissão apontava Hb 6,8 g/dL, Ht 22,5%, Leucócitos totais de 32.400/mm³ às custas de linfócitos e plaquetas 60.000/mm³, proteína total de 11,9 g/dL, albumina 2,6 g/dL, LDH 388 U/L, uréia de 38 mg/dL e creatinina de 1,2 mg/dL, hepatograma e eletrólitos normais. Dosagem de imunoglobulina IgM6120 mg/dL. A sorologia foi positiva para HBV. No esfregaço de sangue periférico, foi observado anisocitose, presença de rouleaux, leucocitose às custas de células com citoplasma abundante, cromatina intermediária, algumas com nucléolos evidentes e ausência de grânulos; trombocitopenia. A imunofenotipagem por citometria de fluxo do sangue periférico evidenciou 69% de linfócitos B anômalos em 31 700 células/mm³ analisadas. Essas células apresentavam expressão forte de CD19, CD20, CD79-B e CD 45; moderada de CD 22, CD 23, IgM e kappa; fraca de CD25 e CD11-C. A conclusão foi de doença linfoproliferativa B clonal para kappa. O exame histopatológico mostrou

