

evidência de acometimento medular pelo PET-CT e pela CF, mas com BMO negativa. Em relação ao mielograma, não houve correlação entre a porcentagem de linfócitos encontrados na citologia e a porcentagem de células clonais evidenciadas na CF ($r=0,41$; $p=0,2$). **Discussão:** Diferentemente do que ocorre com o Linfoma de Hodgkin, o PET-CT não teve sensibilidade em detectar acometimento medular nos linfomas B agressivos, sendo indispensável a punção medular. Os resultados do presente estudo, embora com uma amostra pequena, sugerem que a BMO, principalmente com a imunohistoquímica, e a CF podem ser utilizadas de modo complementar para a avaliação do comprometimento da medula óssea por linfomas B agressivos; tornando-se um melhor indicador prognóstico quando comparados a cada exame isoladamente e às demais técnicas de avaliação de comprometimento medular, como citologia e PET-CT. **Conclusão:** Esse estudo, portanto, demonstra a relevância de se utilizar técnicas acuradas para avaliação da infiltração medular por linfoma B agressivo; evidenciando a necessidade da análise da biópsia de medula óssea com imunohistoquímica e da citometria de fluxo para adequada avaliação de acometimento da medula óssea por linfoma; não sendo possível, assim, substituir o estudo medular pelo PET-CT. A CF pode inclusive ser utilizada para acompanhar o resultado do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.171>

LINFOMA NÃO HODGKIN DE GRANDES CÉLULAS B COM ACOMETIMENTO DE CAUDA EQUINA: UM RELATO DE CASO

T Callai, EW Corrêa, AA Hofmann, XPH Condori, ET Calvache, V Predebon, VR Siqueira, CK Weber, DH Catelli, AA Paz

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

Objetivo: O envolvimento secundário do sistema nervoso central no linfoma não Hodgkin (LNH) é raro e com prognóstico reservado. Embora possa ocorrer em qualquer parte do sistema nervoso central, raramente se infiltra diretamente na medula espinhal ou na cauda equina. Relatamos um caso de LNH com acometimento de cauda equina em um paciente idoso que apresentou distúrbio neurológico súbito. **Material e métodos:** Trata-se do relato de um caso de paciente portador de linfoma não hodgkin de grandes células B com progressão de doença para cauda equina, atendido em Hospital terciário no sul do Brasil. **Relato de caso:** Paciente masculino, 75 anos, portador de linfoma de grandes células B do tipo Centro germinativo de risco intermediário de acordo com o internacional prognostic index, diagnosticado em fevereiro de 2022 por biópsia de linfonodo mediastinal, tendo realizado 6 ciclos do esquema quimioterápico RCHOP, com PET CT lugano 2 pós segundo ciclo. Após 15 dias do último ciclo de quimioterapia, o paciente procurou o departamento de emergência por hemiparesia em membros inferiores bilateralmente, associada a dor e parestesia progressivas, além de constipação e incontinência urinária. Paciente foi submetido a ressonância magnética de neuroeixo, que evidenciou espessamento e

realce intratecal pelo meio de contraste das raízes da cauda equina, inespecífico ao exame de imagem. Realizada punção lombar, com imunofenotipagem de líquido compatível com envolvimento por linfoma de grandes células B CD10+. Tendo em vista idade, comorbidades, performance, status do paciente, além de prognóstico de doença, optou-se pela realização de radioterapia local paliativa, com alívio dos sintomas de parestesia e dor, sem retorno da continência esfinteriana e possibilidade de deambulação. **Discussão:** O sistema nervoso central, em particular a medula espinhal, é um local raro para ocorrência de linfoma primário e secundário, representando 1-6% de todos os casos de linfoma não-Hodgkin. A prevalência de linfoma da cauda equina é desconhecida, mas provavelmente ainda mais rara. O tipo patológico mais comum associado é o linfoma difuso de células B grandes (DLBCL). O diagnóstico de linfoma da cauda equina é difícil, pois pode simular outras doenças mais comuns, como hérnia de disco, especialmente em seus estágios iniciais. O exame da coluna vertebral com ressonância magnética é recomendado e o exame do líquido cefalorraquidiano com imunofenotipagem pode efetuar o diagnóstico final. Uma vez realizado o diagnóstico do envolvimento do sistema nervoso central, existem várias opções de tratamento disponíveis, incluindo radioterapia local, quimioterapia sistêmica de alta dose, corticoterapia, quimioterapia intratecal (IT) e transplante de células-tronco alogênicas, cada modalidade apresenta efeitos colaterais que podem limitar seu uso. **Conclusão:** O linfoma não hodgkin com acometimento de cauda equina é uma doença rara, com prognóstico reservado. O tratamento baseado em radioterapia é inicialmente eficaz; no entanto, a resposta é geralmente de curta duração com taxas medianas de sobrevivência variando de 10 a 18 meses. O paciente relatado apresentou controle parcial dos sintomas com radioterapia local, método de tratamento escolhido tendo em vista condições clínicas do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.172>

LINFOMA T HEPATOESPLÊNICO: CASO CLÍNICO

VL Oliveira, MS Magalhães, FL Nogueira, DM Vitelli-Avelar, NNN Martins

Hospital Luxemburgo (HL), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O linfoma de células T hepatoesplênico (LCTHS) é um raro subtipo de linfoma de células T periférico com incidência aproximada de 2% no mundo. LCTHS é caracterizado por proliferação de células T maduras de pequeno e médio porte infiltrando os sinusóides do fígado e do baço. **Objetivo:** Diante de uma entidade rara, conhecer sua apresentação clínica é de extrema importância para que LCTHS seja considerada, seu diagnóstico realizado e, portanto, a melhor terapêutica seja instituída. **Material e métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Homem, 23 anos, apresentando febre diária, perda ponderal, icterícia e importante hepatoesplenomegalia; ao laboratório, pancitopenia com bilirrubinas, transaminases e canaliculares aumentadas.

Sintomas se iniciaram há 5 meses. A admissão, paciente estava em vigência de tratamento para Leishmaniose com Anfotericina B, iniciada na instituição de origem, apesar de teste rápido para *Leishmania* negativo. Mielograma revelou medula óssea extremamente hipocelular com 7% de células de tamanho médio, alta relação núcleo citoplasma, cromatina frouxa, lembrando blastos. À imunofenotipagem (IFT), observou-se que tais células correspondiam a linfócitos T com o seguinte perfil: CD5- CD7+ CD56+ CD57- CD8- CD4-gamma/delta+, perfazendo 18% das células. Diagnóstico firmado de LCTHS, foi iniciado o protocolo quimioterápico HyperCVAD. Após o primeiro ciclo de quimioterapia, houve melhora laboratorial, além da curva térmica, sem recorrência de febre, e redução da hepatoesplenomegalia. Como consolidação, o transplante de medula óssea (TMO) alogênico constitui a próxima terapêutica a ser realizada. **Discussão:** LCTHS acomete principalmente homens jovens com história de imunodeficiência. Em geral, envolve fígado, baço e medula óssea em padrão sinusoidal, sendo essa última envolvida em aproximadamente dois terços dos pacientes. O diagnóstico é desafiador e geralmente é estabelecido por uma amostra de medula óssea detalhadamente analisada. O achado de uma infiltração por linfócitos T duplo negativos (CD8-CD4-) e que expressam TCR gamma/delta associado a um quadro clínico sugestivo permitem o diagnóstico de LCTHS com segurança. A IFT como técnica multiparamétrica pela citometria de fluxo foi essencial para o diagnóstico preciso desse subtipo raro de linfoma. Os estudos são limitados pelo número restrito de pacientes, dessa forma ainda não há um consenso sobre qual o melhor tratamento. Regimes mais intensos com ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e dexametasona (HyperCVAD), alternando com metotrexato e alta dose de citarabina parecem resultar em maior taxa de resposta completa. Apesar dos dados para suportar o TMO são novamente limitados, pequenos estudos retrospectivos demonstram potencial para boas respostas a longo prazo. É estimado que aqueles não susceptíveis ao TMO possuem sobrevida em 5 anos de menos de 10%. **Conclusão:** LCTHS é um agressivo linfoma de células T que acomete principalmente homens jovens e cujo diagnóstico pode ser difícil, mas que com suporte de técnicas complementares como a IFT pode ser elucidado. Apesar de tratamentos intensivos, possui prognóstico reservado. De fato, mais estudos são necessários para definir o melhor esquema terapêutico e avaliar o papel do TMO no curso da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.173>

RELATO DE LINFOMA DA ZONA MARGINAL CUTÂNEO LIMITADO, UMA NEOPLASIA RARA

WGG Fischer, MHFP Silva, SLAP Filho, LB Lanza, IA Pessoa

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Demonstrar aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos de um subtipo de linfoma indolente raro. Mulher de 68 anos fazia acompanhamento com a dermatologia do

HCRP por um carcinoma basocelular retirado em 2019. Retorna ao ambulatório com uma tumoração em ombro esquerdo de cor violácea e crescimento progressivo em um ano. Massa tumoral iniciou crescimento no ano de 2021, com aumento progressivo e alteração de coloração local, além do aparecimento de lesões satélites em braço direito e região dorsal. Lesão não pruriginosa, sangrante ou dolorosa, mas limitando movimentação de ombro esquerdo. Não apresentava febre, sudorese noturna ou perda de peso. Não havia alterações gastrointestinais ou urinárias. O histórico pregresso da paciente era de hipertensão arterial, insônia, neoplasia de colúterino com tratamento local com braquiterapia e CEC com retirada cirúrgica. Utilizava losartana, imipramina e clonazepam. Havia realizado uma cirurgia de Sling em 2018. Não tinha histórico familiar de neoplasias. Ao exame físico não havia alterações significativas cardiovasculares, respiratórias, abdominais. Não havia sinais de emagrecimento. A massa era de aspecto violáceo em ombro esquerdo com cerca de 10 × 7 cm, edemaciada, quente com telangectasias. Pequenas nodulações com 2 × 2 cm, não aderidas, macias, móveis em braço direito e região dorsal infraescapular. Não foram observadas alterações em hemograma ou outros exames laboratoriais gerais, exceto discreto aumento em LDH 273U/L (120-240 U/L). À ressonância magnética, massa infiltrativa com aspecto de partes moles, 13 × 10 × 5.6cm com extensão intramuscular no deltoide associado à outras lesões e linfonodopatia local. À biópsia foi identificado neoplasia com linfócitos pequenos, em padrão difuso com estudo imunohistoquímico positivo para CD20 com KI67 em 15% das células. Negativo para CD3, CD5, Ciclina d1, CD23, CD10 e BCL 6. Lesão compatível com linfoma de zona marginal cutâneo limitado. Optado por realizar tratamento local com radioterapia na maior lesão e manter conduta expectante nas demais. Indicado dose de 3000GY em 15 sessões. **Discussão:** O caso exemplifica um diagnóstico raro, difícil com necessidade de acompanhamento em um serviço com ampla experiência em Hematopatologia com tratamento direcionado para controle de sintomas e diminuição de carga neoplásica. **Conclusão:** Neoplasias hematológicas têm uma ampla apresentação clínica laboratorial, com diferentes subtipos com tratamentos variando desde quimioterapias de alta intensidade até condutas expectantes. Demonstramos um caso raro de uma neoplasia indolente com necessidade de tratamento local para controle de sintomas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.174>

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LINFOMA DE CÉLULAS T EM ADULTO - UM RELATO DE CASO

GL Costa, LF Becker, B Veroneze, GMS Quadros, G Campos

Hospital Erasto Gaertner (HEG), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Linfomas de células T apresentam como características clínicas mais comuns linfadenopatia generalizada, esplenomegalia e lesões cutâneas. Algumas apresentações são atípicas como presença de mielofibrose secundária e