

sendo os mais comuns: pele, osso, partes moles, pulmão e fígado. O diagnóstico patológico baseia-se em características morfológicas e imuno-histoquímicas aliadas às características clínicas. Diante disso, a presença de inflamação e infecção secundária presentes nas lesões cutâneas do caso clínico relatado atrasou o diagnóstico e início do tratamento. **Conclusão:** Destaca-se a importância do acompanhamento por várias especialidades para o diagnóstico correto após duas biópsias cutâneas e uma série de raciocínios clínicos combinados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.199>

LINFOMA CUTÂNEO DE CÉLULAS T PANICULITE SÍMILE – RELATO DE CASO

M Castro, SK Nabhan, CB Sola, BFB Spinelli,
MDC Gonçalves, FB Patrício, AVCDs Gasparine,
MC Guedes, TDS Baldanzi, CM Pucci

*Complexo Hospital de Clínicas (CHC), Universidade
Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil*

Objetivo: Descrever um caso de Linfoma cutâneo de células T paniculite símile mimetizando lúpus eritematoso sistêmico. **Caso clínico:** Paciente feminina, 37 anos, previamente hígida, relata surgimento de lesões nodulares na pele, indolores, sem alteração de coloração, com 9 meses de evolução. Inicialmente lesão única em glúteo, depois em antebraço esquerdo e então disseminadas por membros inferiores. Evoluiu com perda de 6kg, febre, aumento das nodulações em número e tamanho e surgimento de sinais flogísticos. Laboratoriais na ocasião: Hb 13g/dL, Leucócitos 6332/ μ L, Linfócitos 1520/ μ L, Plaquetas 216.400/ μ L, VHS 25mm/h, FAN não reagente. Realizada biópsia de lesão em perna que mostrou infiltrado linfocitário, histiócitos epitelióides com conformação predominantemente lobular e formação de granulomas em derme. Com a hipótese de paniculite lúpica, iniciado Prednisona, Hidroxicloroquina e Talidomida. Após 2 meses evoluiu com aumento na quantidade de lesões, dispneia, astenia e febre diária. Tomografia computadorizada mostrou hepatoesplenomegalia e tromboembolismo pulmonar associado a área de infarto no lobo inferior do pulmão direito. Exames laboratoriais: Hb 9,2 g/dL, Leucócitos 5100/ μ L, Linfócitos 663/ μ L, Plaquetas 158.000/ μ L, VHS 56 mm/h, ALT 148 U/L, AST 93 U/L, triglicérides 256 mg/dL, Fibrinogênio 253mg/dL, LDH 1319U/L, Ferritina 11933ng/mL. Submetida a biópsia e aspirado de medula óssea, mielograma mostrando figuras de hemofagocitose, feito diagnóstico de Síndrome Hemofagocítica. Realizada revisão da biópsia de pele, laudo demonstrou paniculite lobular com infiltrado linfocitário e histiócitos com emperipolese. Imunohistoquímica com positividade para CD3, CD7, CD5 e CD4, também para CD8, Granzima B e TIA-1 no componente lobular da hipoderme e Ki67 de 50%. Negatividade para CD56, CD30, CD68 e CD20. Assim, com dados clínicos e de exames complementares, feito diagnóstico de Linfoma de células T paniculite símile. Iniciado poliquimioterapia com CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona) com melhora das lesões e dos sintomas constitucionais. Após cinco ciclos a paciente voltou a apresentar febre diária, sudorese noturna, perda de peso e progressão das lesões. PET-CT

mostrou áreas de espessamento nodular da pele e subcutâneo na face, membros superiores e inferiores e pelve, com acentuado aumento do metabolismo (SUV máximo 8,8). Iniciado quimioterapia de resgate com ICE (ifosfamida, carboplatina e etoposídeo), após o primeiro ciclo paciente com melhora da febre e das lesões. Paciente completou 3 ciclos de ICE e aguarda TCTH autólogo. **Discussão:** O linfoma subcutâneo de células T paniculite símile representa menos de 1% dos casos de Linfoma não-Hodgkin. É caracterizado por infiltrado linfocitário atípico de células T citotóxicas CD3+/CD4-/CD8+ em tecido subcutâneo, mimetizando paniculite. Até 20% dos pacientes apresentam doença autoimune concomitante, comumente LES, fazendo diagnóstico diferencial com paniculite lúpica. Em média 60% dos casos apresentam sintomas constitucionais e 20% têm acometimento de medula óssea. O tratamento depende da extensão e agressividade da doença, inclui terapia tópica, radioterapia, imunossupressores e agentes citotóxicos em combinação ou sozinhos. Para doença avançada e refratária pode se considerar o TCTH, tanto autólogo quanto alogênico. **Conclusão:** relatamos um caso raro de linfoma cutâneo de células T paniculite símile com evolução agressiva e refratário a poliquimioterapia, estando indicado o TCTH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.200>

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B GÁSTRICO CONCOMITANTE A INFECÇÃO GÁSTRICA POR CITOMEGALOVÍRUS

RS Colombo, BR Lima, CCI Streicher, LJM Silva,
MCL Falco, ML Buka

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

Objetivo: Relatar um caso de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) concomitante à infecção gástrica por citomegalovírus (CMV). **Metodologia:** Dados foram obtidos de forma sistemática, por entrevista e revisão de prontuário, autorizado pelo paciente. **Relato de caso:** Masculino, 58 anos, encaminhado ao ambulatório de hematologia do Hospital de Base por epigastria e náuseas há 2 anos, em piora progressiva e perda ponderal de cerca de 10% do peso em 3 meses. Apresentava endoscopia digestiva alta (EDA) externa com lesão ulcerada em corpo gástrico e biópsia com infiltrado linfocitário atípico e áreas de ulceração, que sugeria neoplasia linfoproliferativa de células B, incluindo LDGCB como possível diagnóstico, associado a infecção por CMV. Realizada nova EDA e biópsia da lesão em nosso serviço, com imunohistoquímica compatível com linfoma B de alto grau, positividade imunohistoquímica para CMV e pesquisa de helicobacter pylori negativa. Apresentava anticorpo IgM para CMV não reagente, IgG reagente maior que quatro vezes o cutoff e reação em cadeia de polimerase (PCR) positiva para CMV. A tomografia por emissão de positrons (PET CT) mostrava hipermetabolismo gástrico e de linfonodos abdominais, SUV de 17. Paciente foi hospitalizado para tratamento de CMV gástrico, com ganciclovir por 14 dias. Após término do antiviral, novo PET mostrou discreta redução do hipermetabolismo dos