

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

linfonodos e das lesões gástricas, porém mantido SUV de 12. Diante disso, foi iniciado tratamento quimioterápico com rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (RCHOP), em curso até o momento. **Discussão:** LDGCB é o mais frequente linfoma não Hodgkin. Neoplasia com heterogeneidade morfológica, imunofenotípica e molecular, é marcada pela presença de células neoplásicas linfoides, com marcadores CD20 e CD19 positivos, podendo também expressar CD10, BCL6 e MUM1. É um linfoma de alto grau, com comportamento agressivo, porém até 2/3 dos pacientes podem ser curados com esquema padrão RCHOP, em uso pelo paciente. Assim como a maioria dos linfomas, fatores de risco podem ser associados ao desenvolvimento da neoplasia, como infecções, imunodeficiência e doença autoimune. Quanto às infecções, são descritos casos de associação de LDGCB a infecção por *helicobacter pylori* e epsteinbarr vírus, com raros relatos de CMV associado. A infecção por CMV restrita a um órgão é limitada a poucos relatos. Na mucosa gástrica, tem comportamento de ulceração em até 50% dos casos. Uma mucosa anormal previamente a infecção por CMV também parece aumentar o risco de infecção local. O diagnóstico é feito por meio de PCR, além de histologia e imunohistoquímica. O tratamento baseia-se em terapia antiviral e, se falha, deve-se considerar outras infecções concomitantes e causas não infecciosas associadas, como presente neste relato de caso. **Conclusão:** É documentado que infecções virais aumentam o risco de desenvolvimento de linfomas não Hodgkin, como Epsteinbarr vírus e HIV, mas são escassos os relatos de infecção por CMV e linfomas. São raros também relatos de CMV gástrico isolado. Assim, o presente caso expõe situação incomum, em que tanto o acometimento por CMV pode ter predisposto ao surgimento de LDGC gástrico, quanto a presença de uma neoplasia local pode ter colaborado para sítio de infecção por CMV. Independente da correlação temporal, o tratamento proposto é a erradicação do fator de risco, bem como o tratamento antineoplásico direcionado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.201>

PERFIL DE PACIENTES COM HTLV-1, PREVALÊNCIA DE ATLL E A RELAÇÃO DA VIA PERINATAL/AMAMENTAÇÃO COMO A PRINCIPAL PARA TRANSMISSÃO VIRAL EM PACIENTES COM ATLL ACOMPANHADOS NO AMBULATÓRIO DE HTLV DA DISCIPLINA DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO HCFMUSP

KS Marques^a, J Pereira^a, JS DR Casseb^b, VG Rocha^a, Y Nukui^a

^a Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

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

Objetivos: Avaliação epidemiológica, prevalência de leucemia/linfoma de células T do adulto / Adult T-cell leukemia/lymphoma (ATLL) em pacientes com Human T -cell Lymphotropic

Viruses type I (HTLV-1) e avaliação das vias de transmissão viral em paciente com ATLL. **Material e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, unicêntrico de amostra consecutiva realizada por meio da coleta e análise de dados dos prontuários de pacientes atendidos no ambulatório no período de 1994 a 2022 com presença de anti-HTLV. As variáveis estudadas foram demográficas e vias de transmissão de HTLV-1 (perinatal/aleitamento materno, sexual e transfusional) por meio de histórico transfusional, inquérito familiar e sorologia para anti-HTLV-1 em familiares dos pacientes com ATLL. O tipo do HTLV (1 ou 2) foi confirmado por western blot e/ou PCR. **Resultados:** Foram atendidos 695 pacientes, 586 com HTLV-1, 61 com HTLV-2, 1 com os dois tipos, 37 positivos mas sem determinação de subtipo. Dos pacientes atendidos, 64% (446) eram mulheres e 36% (249) homens. Dentro do subtipo de HTLV-1, 363(62%) foram mulheres e 223 (38%) homens. A maioria dos pacientes se identificou com cor branca em 261 (37,5%), seguido de parda 222(32%), amarela 114(16,4%), negra 52 (7,5%), indígena 2 (0,28%), mas com ausência de dados em 6,33% (44) dos pacientes. Com relação à naturalidade, a maioria 50,2% (349) eram de São Paulo, seguidos da Bahia 11% (77), Pernambuco 7,8% (49) e Japão 3,3% (23). Dentre os pacientes com HTLV-1, 5,12% (30) apresentaram ATLL em algum momento do seguimento, sendo 63,3% (19) mulheres, 36,6% (11) homens e média de idade de 50 anos. Foi possível confirmar em 4 dos pacientes com ATLL a via de contágio do HTLV-1, com identificação da via de transmissão perinatal/amamentação como a mais prevalente em 10% (3), seguida pela sexual em 3,3% (1) dos pacientes. Quando consideradas vias de transmissão viral prováveis, foram descritas via perinatal/amamentação em 33,3% (10), sexual em 10% (3), transfusional em 3,3% (1) e em 40%(12) a via de transmissão viral foi desconhecida. **Discussão:** Apesar de ocorrência de ATLL no estudo ter sido maior entre mulheres, a relação homem/mulher relatada na literatura é de 1,5:1, possivelmente pela maior aderência desse grupo ao seguimento. A faixa etária foi semelhante à descrita na literatura (4^a a 6^a década de vida). Há um elevado número de pacientes Baianos, Pernambucanos e de descendência japonesa, visto serem regiões endêmicas para HTLV. Corroborando dados da literatura, a transmissão via amamentação foi a mais prevalente em pacientes com HTLV-1 e ATLL. As doenças relacionadas à infecção pelo HTLV-1 estão diretamente associadas à forma de transmissão do vírus, a quantidade da carga pró-viral no contágio e ao tempo de infecção, apresentando alta morbidade e mortalidade. A transmissão do vírus de mãe para filho através da amamentação é tipicamente a via de transmissão mais comum em regiões endêmicas. Após a infecção na célula-alvo, o vírus pode permanecer latente, alterando a expressão gênica e os mecanismos de reparo da célula. Após anos de infecção latente, há maior possibilidade de surgimento de ATLL. **Conclusão:** - Há poucos estudos de coorte prospectivos e com curto período de acompanhamento de pacientes com HTLV-1, ATLL e variáveis envolvidas no desenvolvimento da doença oncohematológica, por isso a relevância em se mostrar dados epidemiológicos, vias de transmissão viral e de seguimento de pacientes com sorologia positiva para HTLV-1 e