

procurou atendimento no serviço de pneumologia devido tosse seca com evolução há 3 meses sem antecedentes tabágicos prévios. Os achados de tomografias computadorizadas de tórax consolidações, nodulações, massas, broncograma aéreo, micronódulos, opacidades em vidro fosco e linhas septais. Os achados laboratoriais são frequentemente normais. A biópsia brônquica, transbrônquica visualização de densa proliferação de linfócitos pequenos, acompanhada de lesões linfoepiteliais contendo células B sendo imunohistoquímica positiva para Bcl-2, CD20 e CD79a. Para melhorias da amostragem histopatológica diagnóstica, a paciente foi submetida biópsia guiada por TAC cuja biópsia demonstrou expressão de CD20 positiva, CD79 positiva e Ki67 >10% positiva, com ausência de expressão de EMA, AE1/AE3, CK7, CK8, RRF-1, Vimentina, CD56, Cromogranina, Sinaptofisina, Proteína S-100 e p53, características que favorecem diagnóstico de linfoma de células B. Assim, a paciente foi submetida ao PET-SCAN revelaram opacidades pulmonares em vidro fosco levemente hipermetabólicas, a maior de 2,0 cm no segmento anterior do lobo superior direito com standard uptake value (SUV) de até 3,8 e menor opacidades no segmento basal posterior do lobo inferior esquerdo de mensuração imprecisa e SUV de até 2,6; além da EDA e colonoscopia onde não foram diagnosticados demais infiltrações linfoides. A opção terapêutica diante de LYM foi radioterapia da região com resposta completa após PET-SCAN de controle. **Discussão:** O linfoma de zona marginal é um linfoma de células B pequenas que ocorre mais comumente em nódulos. Porém, a apresentação primária em órgãos como estômago, baço, glândula salivar, conjuntiva, tireoide, órbita e pulmão não é usual. A forma de apresentação em pulmão é extremamente rara, a mais comum sendo a de estômago (MALT, relacionado a *Helicobacter pylori*). Linfomas MALT de ocorrência primária pulmonar são também chamados de Linfomas BALT e, diferentemente do linfoma MALT gástrico, não possui agente etiológico específico relacionado com sua patogênese. Sugere-se que o desenvolvimento do tecido linfoide associado a brônquio, fisiologicamente não presente em indivíduos adultos hígidos, esteja intrinsecamente associado à estimulação antigênica crônica, seja por resposta autoimune, infecciosa ou relacionada ao tabaco. A malignização desse tecido surge de uma proliferação linfoide monoclonal exacerbada decorrente da aquisição de mutações diversas, incluindo alterações cromossômicas, que tornam o tumor antígeno independente. Devido a inespecificidade dos achados relacionados com o Linfoma BALT, o diagnóstico preciso muitas vezes só é possível após ressecção cirúrgica como medida terapêutica. Em relação às possibilidades terapêuticas, não há um tratamento padrão para casos de linfoma BALT, podendo ser manejados com ressecção cirúrgica, quimioterapia, radioterapia ou uma associação destas. **Conclusão:** O linfoma BALT possui um curso tipicamente indolente, não é incomum que a doença se encontre disseminada ao diagnóstico. Entretanto, não se mostrou diferença significativa de mortalidade daqueles com doença localizada ou disseminada.

LINFOMA AGRESSIVO COM LISE TUMORAL SEM MASSA BULKY, LINFOCITOSE OU LINFONODOMEGALIA

R Galli, ES Ângelo, G Bayer, TC Klepa, A Politta, KM Gomes, EFM Luz, AVCDS Gasparine

Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU), da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa, PR, Brasil

Objetivos: Descrever caso de linfoma agressivo, com lise tumoral, diagnosticado por biópsia de medula óssea, sem linfonodomegalia, linfocitose ou massa Bulky. **Material e métodos:** Revisão de dados de prontuário. **Resultados:** Paciente feminina, 52 anos, zeladora, tabagista. Encaminhada por quadro com 3 meses de evolução de febre diária, prostração, dor abdominal difusa e vômitos. À admissão no HURCG apresentava hemoglobina 9 g/dL, VCM 77 reticulócitos 57000/mm³, leucócitos 11.250/mm³, (neutrófilos 8066, linfócitos 574, monócitos 2599) plaquetas 234.000/mm³, ferro sérico <10 mcg/dL, IS incalculável, ferritina 1500 ng/mL, LDH superior a 1000 UI/L, ácido úrico 4,5 mg/dL, bilirrubinas totais 1,5 mg/dL, RNI 1,25, RPN 1,77, sorologias para HCV, HIV e HBV não reagentes. Hemoculturas pareadas negativas. Tomografia de abdome evidenciou fígado com dimensões aumentadas, com imagens hipodensas esparsas mal definidas, algumas com realce ao contraste, com até 22 mm; baço com dimensões aumentadas, com imagens hipodensas ovaladas esparsas de até 23 mm; espessamento difuso da adrenal esquerda. Sem adenomegalias em retroperitônio e pelve. A endoscopia digestiva alta demonstrou pangastrite enantematosa discreta, sem lesões ou sangramentos. O exame anatomopatológico diagnosticou gastrite crônica superficial leve em atividade, com presença de *H. pylori*, edema difuso da mucosa gástrica e discreto exsudato grânulo-mononuclear. Colonoscopia sem alterações. A avaliação de medula óssea teve resultado do anátomo-patológico com infiltrado celular atípico, com células linfoides grandes atípicas em 50% do parênquima e fibrose reticulínica grau 1 focal. A imunofenotipagem descreveu presença de linfócitos B clonais com fenótipo aberrante, com tamanho e complexidade celular aumentados, além de marcadores CD45, CD5, CD19, CD20, CD79b, CD200, CD81, CD25, FMC7, CD22 e HLA-DR positivos, compatível com linfoma não-Hodgkin (LNH) B de alto grau. Evoluiu com episódios recorrentes de taquicardia ventricular não sustentada e instabilidade hemodinâmica com necessidade de doses crescentes de drogas vasoativas. A piora clínica impediu que fosse realizada a biópsia dos nódulos hepáticos. Submetida a intubação orotraqueal por rebaixamento do nível de consciência e insuficiência respiratória. Progressivamente desenvolveu disfunção renal com acidose metabólica grave refratária a medidas clínicas, anemia, plaquetopenia, disfunção hepática, LDH superior a 15000 UI/L e coagulopatia grave, com óbito após poucos dias. **Discussão:** Linfadenopatia e sintomas B estão presentes em aproximadamente metade dos casos de LNH. Os linfomas extranodais primários são muito menos frequentes do que os nodais, acometendo principalmente o trato gastrointestinal. Neste caso, não foi evidenciada linfonodomegalia nem lesões acessíveis por endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Apesar do alto

índice de proliferação celular, a síndrome de lise tumoral espontânea é rara, mas pode ser a apresentação de abertura do quadro. **Conclusão:** Os linfomas sempre devem ser considerados dentre os diagnósticos diferenciais em pacientes com febre de origem obscura, mesmo que não se observe linfonomegalia regional ou generalizada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.209>

SARCOMA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS - RELATO DE CASO

NKH Ferreira, LP Menezes, IA Campinas,
LC Araújo, F Otani, MT Souza, LN Melo,
RD Gaiolla, TSP Marcondes, LL Almeida

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

O Sarcoma de Células Dendríticas Foliculares (SCDF) é um Sarcoma raro com características de baixo grau. Os pacientes se apresentam com quadro de massa indolor de crescimento lento, podendo ter acometimento nodal ou extranodal. O diagnóstico da doença é baseado na avaliação patológica, por Imunohistoquímica (IHQ) com marcação para células dendríticas (CD21, CD23 e CD35). Nas doenças localizadas é recomendada ressecção cirúrgica. Nos casos de doenças avançadas (irressecáveis ou doença disseminada), a radioterapia (RT) pode ser usada como tratamento paliativo; os casos de lesões múltiplas limitadas em número ou localização podem ser candidatos a ressecção cirúrgica; nos demais casos sugere-se realização de quimioterapia (QT) sistêmica (Gencitabina e Docetaxel). Visto raridade da condição com tratamento ainda pouco estabelecido, esse relato visa contribuir com a literatura e exemplificar a condução e tratamento da patologia. **Caso Clínico:** A.L.S.O, masculino, 37 anos, apresentou lesão nodular em região de ângulo da mandíbula esquerda, com aumento progressivo da lesão durante um ano associado a dor local e perda de 10kg no peso. Ao exame físico, apresentava tumoração dolorosa à palpação em ângulo da mandíbula, com cerca de 8 cm, endurecida. Em imagem de TC de Pescoço e da Região Cervical, apresentou formação expansiva, de aspecto infiltrativo, centrada na topografia do espaço mastigatório esquerdo, apresentando relação com o espaço carotídeo, carótida interna ipsilateral anteriormente, espaço parotídeo, glândula parótida lateralmente, espaço parafaríngeo, loja tonsilar esquerda medialmente e espaço pré-vertebral à direita posteriormente, além de erosão óssea no clivus, sutura petroclival e porção petrosa do osso temporal esquerdo e formação hipotenuante IIB esquerda, podendo corresponder a linfonomegalia liquefeita. Foi indicada biópsia incisional com análise histopatológica e IHQ compatível com SCDF, com achado de CD21 e CD23 positivos. Foi encaminhado a Oncologia Clínica, sendo tratado como Sarcoma de Rinofaringe irressecável (T4aN1M0) com uso de quimioterapia paliativa com Etoposídeo e Ifosfamida. No retorno após o 2º ciclo, apresentou diplopia. Avaliado pela Neurologia sendo diagnosticado com Paralisia do Músculo Reto Lateral Esquerdo secundário a infiltração tumoral. Em avaliação da Onco-Hematologia foi proposto tratamento do SCDF com QT

sistêmica com Gencitabina e Docetaxel. Após 5 ciclos, o paciente apresentou melhora completa da diplopia e da cefaleia, sendo realizada nova Ressonância Nuclear Magnética (RNM) que demonstrou discreta redução em relação ao exame anterior. Em caso de refratariedade ao tratamento com QT será proposta RT. **Discussão e conclusão:** O Sarcoma de Células Dendríticas Foliculares pode mimetizar uma gama diversa de neoplasias, sendo - portanto - necessários tanto adequada caracterizações histopatológica quanto estudo imuno-histoquímico pormenorizado, mantendo-se o grau de suspeição da doença. Além disso faz-se necessário que estudos prospectivos e randomizados sejam conduzidos para a determinação mais precisa do tratamento, visto que se trata de necessidade pouco atendida no caso dessa rara patologia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.210>

EXTRANODAL NK/T-CELL LYMPHOMA: A CASE REPORT

F Santana^a, SC Maradei^b, Y Gonzaga^b

^a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio
de Janeiro, RJ, Brazil

^b Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de
Janeiro, RJ, Brazil

Objective: To present a case of a rare and challenging disease with an atypical presentation. **Methods:** Data were collected on eletronical and physical medical records. **Results:** A 44-year-old-man was referred to the hematology clinic with a 6-month history of a painless cutaneous plaque, that progressed to an extensive erythematous tumour lesion with central ulceration and necrosis. During this period, the patient experienced unexplained fever, night sweats and weight loss. His baseline laboratory parameters were normal, including complete blood counts, renal function, calcium and lactate dehydrogenase. A skin biopsy was performed and revealed diffuse infiltration of the skin by medium and large-sized cells with irregularly contoured nuclei, homogenous chromatin, minute nucleolus and scarce cytoplasm, extending from the papillary dermis to the subcutaneous tissue. Immunohistochemical staining showed that the cells expressed CD3, CD56 and CD5 and were negative for CD20, CD4, CD8, CD7 and CD30. In situ hybridization for EBV-encoded small RNA (EBER) showed diffuse positivity, which supported the diagnosis of Extranodal NK/T-cell lymphoma. Positron emission tomography scan (PET/CT) showed an expansive tumour lesion above the right elbow, with SUV of 21. There were no other sites of glycolytic hypermetabolism, including lymph nodes and nasal region. Bone marrow biopsy was not performed. He was treated with 5 cycles of SMILE chemotherapy (methylprednisolone, methotrexate, ifosfamide, L-asparaginase and etoposide) and achieved complete remission. He was then submitted to related allogeneic stem cell transplantation, followed by consolidation radiotherapy at the tumor site and remains alive and in remission of the lymphoma 25 months after the procedure, with mild cutaneous and hepatic chronic graft versus host disease. **Discussion:** Extranodal NK/T-cell lymphoma is characterized by vascular damage, necrosis,