

3rd-line regimen with fludarabine and cyclophosphamide. In 2014, he presented an increase in the size of the cervical lymph nodes, so he used 8 cycles of Rituximab. After Rituximab-therapy, hypogammaglobulinemia was detected due to recurrent infections. Then, the patient received Ig monthly with pre-medication. Fifteen days after this Ig infusion, he developed an extensive pruritic, eczematous rash and lichenified skin lesions on the upper limbs. In the following months, 48 hours after the Ig infusion, he presented excoriated eczematous plaques located in the inguinal region and posterior thighs, with follicular pustules (delayed hypersensitivity reaction, type IV). Histological analysis of a skin biopsy specimen revealed subacute spongiotic dermatitis with intraepidermal microvesiculation. The lesions progressively regressed after stopping Ig infusions, oral prednisone, dapsone and topical application of tacrolimus and corticosteroids. **Discussion:** Although the Rituximab used in the treatment of patients with CLL is capable of depleting the population of malignant lymphocytes, they lack specificity and further contribute to the significant immune dysfunction that predisposes these patients to a serious risk of infection. As such, the use of Ig therapy is increasing in the treatment of CLL. However, the severity of its rare adverse effects is often poorly recognized. Dermatologic adverse effects of Ig are rare and include urticaria, papules, eczema, pompholyx, lichenoid dermatitis, and desquamation. The underlying mechanism resulting in skin reactions following treatment with Ig is not clear. Most of these reactions develop within 2 weeks after immunoglobulin administration. The rash is managed with topical/systemic steroids and antihistamine treatment. These adverse events can also lead to cessation of therapy. **Conclusion:** This case report highlights the fact that cutaneous adverse effects of IgIV are more common than previously believed. Although the precise mechanism of this cutaneous eruption remains to be elucidated, its occurrence within days of Ig infusion, its characteristic distribution at onset, and its clinical course should be recognized by hematologists and dermatologists.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.220>

#### LEUCEMIA DE GRANDES LINFÓCITOS GRANULARES DE CÉLULAS T INDOLENTE: RELATO DE CASO

DFC Vecina, W Nunes-Neto, GR Francisco,  
LA Vettorazzo, CAC Vieira, JA Rena, DR Spada,  
AFC Vecina

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde,  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-  
SP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A Leucemia de Grandes Linfócitos Granulares de células T (LGLG-T) representa um subtipo raro de doença linfoproliferativa. Em conjunto com a desordem clonal do subtipo NK, constituem um grupo de doenças singulares e de difícil diagnóstico. É descrita como uma infiltração de linfócitos T grandes e granulares no sangue periférico e/ou medula óssea, associado a: citopenias, linfocitose, hepatoesplenomegalia e repercussões imunológicas e constitucionais. A evolução

clínica da doença é variável, podendo se apresentar de forma indolente ou agressiva. Seu diagnóstico é pautado na imunofenotipagem por citometria de fluxo. **Objetivo:** Descrever um caso de LGLG-T e contribuir para melhor entendimento dessa doença rara. **Metodologia:** Levantamento de dados em prontuário e revisão de literatura. **Relato de caso:** MOG, feminino, 76 anos, constatou leucopenia em acompanhamento na UBS há 4 anos; perda de 25 kg, associado a cansaço, sudorese e diarreia crônica nos últimos meses. Encaminhada após avaliação em outro serviço de hematologia, tendo realizado exames com Hb = 12,9 g/dL, L = 1970/mm<sup>3</sup>, n = 670/mm<sup>3</sup>, linfo = 830/mm<sup>3</sup>, plaqueta = 166.000/mm<sup>3</sup>. Imunofenotipagem SP: Presença de 60,9% de linfócitos T anômalos, com o fenótipo CD45+/ CD3+/ CD8 fraco/ CD2 parcial/ TCRab+/ CD5 parcial/ CD16 parcial/ CD38 parcial/ CD57 parcial/ HLA-DR parcial, TRBC1 negativo nesta população. São negativos: CD4/ CD7/ CD25/ CD27/ CD28/ CD34/ CD10/ TCRgd/ CD56/ CD26. Além de cariótipo de 46,XX [10]. Já em nosso serviço foram realizados TC de tórax/abdome/pelve com ausência de linfonodomegalias mediastinais ou peri-hilares, esplenomegalia homogênea, linfonodomegalias mesentéricas, a maior de 2,8cm; colonoscopia com doença diverticular do cólon esquerdo; biópsia da medula óssea hiper celular (80%) com proliferação de linfócitos T intersticiais (CD3 +, CD8+, CD57+, granzima+, TIA-1-). Iniciado tratamento com metotrexato semanal em dose baixa em 26/01/22 (Hb = 12 g/dL, L = 2100/mm<sup>3</sup>, n = 360/mm<sup>3</sup>, linfo = 1360/mm<sup>3</sup>, plaqueta = 136.000/mm<sup>3</sup>), seguido por associação de filgrastima 3x na semana, não apresentando melhoras até o último retorno (04/07/22 Hb = 11,4 g/dL, L = 1600/mm<sup>3</sup>, n = 720/mm<sup>3</sup>, linfo = 720/mm<sup>3</sup>, plaqueta = 134.000/mm<sup>3</sup>). **Discussão:** A LGLG-T do tipo indolente representa a maior parte dos casos de LGLG e possui maior incidência em pacientes com idade avançada. A descrição clínica da doença apresenta relação com o subtipo envolvido, sendo a nossa paciente caracterizada como subtipo indolente, apresentando curso clínico arrastado e neutropenia (citopenia mais comum). O padrão de imunofenotipagem do caso relatado é compatível com o padrão típico na LGLG-T: CD3 +, CD4-, CD8+, CD16+, CD56-, CD57+ e, algumas vezes, HLA-DR +. O diagnóstico da doença se baseia no quadro clínico, associado a citometria de fluxo, podendo ser complementado com a biópsia de medula óssea. **Conclusão:** A LGLG-T é uma patologia rara, de curso indolente na maioria dos pacientes. Descrições como esta podem contribuir para o melhor entendimento da doença e auxiliar em seu manejo clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.221>

#### LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA (LLC) ASSOCIADA A NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS (NH): FENÔMENOS RELACIONADOS OU NÃO? DISCUSSÃO BASEADA NO RELATO DE DOIS CASOS

MESLM Zorovich, ADSB Perazzio,  
MLLF Chauffaille

Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A LLC é a leucemia mais comum em adultos, no Ocidente, com evolução geralmente favorável e alta taxa

de sobrevida. Como a maioria dos pacientes é idosa, não é infrequente cursarem com outras neoplasias malignas, porém a concomitância com neoplasias hematológicas (NH) é mais rara. **Objetivos:** Relatar dois casos de LLC associadas a NH e discutir possíveis fenômenos etiológicos. **Material e métodos:** Foram analisados dois pacientes com LLC que apresentaram neoplasias hematológicas concomitantes. **Resultados:** Caso 1: Homem, 45 anos, com diagnóstico de LLC, Binet A, sem necessidade de tratamento. Após dois anos, apresentou LMA, confirmada pelo mielograma e imunofenotipagem. Cariótipo e FISH para LMA demonstraram alteração genética recorrente de bom prognóstico, enquanto FISH para LLC apresentou del17p. Caso 2: Mulher, 66 anos, apresentou imunofenotipagem e mielograma compatíveis com LLC e MM simultaneamente; FISH: deleção RB1; **Discussão e conclusão:** A LLC é doença cuja incidência aumenta com a idade, assim como os tumores malignos, não sendo, portanto, infrequente, observarem-se pacientes com LLC e outras malignidades. Há relatos de que alguns fatores podem ser preditores para o aparecimento de outras neoplasias como idade avançada (> 60 anos), sexo masculino, níveis elevados de beta-2 microglobulina, DHL e creatinina sérica. Tal associação é hipoteticamente explicada por imunovigilância defeituosa associada à LLC. Entretanto, a associação de LLC com NH é rara, apenas 1% (Labrador et al, 2021). Os dois casos aqui relatados, LLC+LMA e LLC+MM, somam-se a outros poucos descritos na literatura. Também não se encaixam nas ditas neoplasias secundárias que são aquelas que surgem após ação leucemogênica de quimio ou radioterapia. As LLC com neoplasias secundárias representam 4% do total de casos, sendo que as neoplasias linfoides (em particular os linfomas) são seis vezes mais comuns que as mieloide (Lenartova et al., 2020). O surgimento das neoplasias associada à LLC podem acontecer em paciente que receberam ou não tratamento prévio. Com efeito, estudo retrospectivo não detectou aumento da incidência de LMA em casos de LLC quando comparados à população geral (Robertson et al., 1994). A hipótese etiológica para LLC+LMA seria a transformação neoplásica ocorrer em um precursor comum que se diferencia em duas linhagens, uma mieloide e outra linfóide. Já a associação de LLC+MM apresenta incidência maior que população geral (0,26% x 0,05%, respectivamente) (Ailawadhi et al., 2018) e se explicaria pelo fato de uma neoplasia B predispor ao aparecimento de outra. Estudos de associação genômica em LLC e MM mostraram que alguns genes têm efeitos pleiotrópicos e certas vias biológicas podem afetar o desenvolvimento devido ao enriquecimento de elementos regulatórios da célula B (Law et al, 2017). Não encontraram relação clonal entre as duas moléstias. Graças às ferramentas diagnósticas precisas e sensíveis, é possível diagnosticar doenças concomitantes, porém ainda são necessários estudos para esclarecer os mecanismos subjacentes para tais fenômenos.

## PREVALÊNCIA DE NEOPLASIAS MALIGNAS DE TECIDOS LINFOIDE E HEMATOPOIÉTICO NA BAHIA: ANÁLISE DO PERÍODO DE 2012 A 2021

FMN Souza, JVS Valadares, FM Reis, GC Casas, LC Lins, DD Barros, VSA Silva, CDC Lima, WM Medeiros, NBA Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS),  
Feira de Santana, BA, Brasil

**Objetivos:** Descrever as internações hospitalares por neoplasias malignas de tecidos linfóide e hematopoietico no estado da Bahia, através da lista de morbidade do CID-10 no período de 2012 a 2021, quanto aos tipos, aos custos de hospitalização, às características sociodemográficas e à mortalidade. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, de análise quantitativa, cuja fonte de dados foi o Sistema de Morbidade Hospitalar (SIH-SUS) do Ministério da Saúde, tabulados em gráficos e tabelas no programa Microsoft Excel 2016. **Resultados:** Foram registradas 29.290 internações por neoplasias malignas de tecido linfóide e hematopoietico no estado da Bahia, com um aumento de 58,2% de 2012 a 2021, sendo 56% correspondente ao sexo masculino, 55,8% de raça parda ou preta, 43,4% de indivíduos de 0 a 19 anos. Quanto ao tipo de neoplasia, 59,8% eram leucemias, enquanto 29% correspondiam aos linfomas, sendo 8,6% de doença de Hodgkin. O valor médio por internamento foi de R\$ 2.182,86. A taxa de mortalidade foi de 8,98 óbitos/100 internações, sendo essa taxa maior para o sexo feminino (9,34/100) e indivíduos com mais de 50 anos. **Discussão:** O conhecimento dos principais tipos de neoplasias malignas originadas a partir das células dos tecidos linfóides e hematopoieticos traz luz ao conhecimento, fomentando estratégias de saúde, sobretudo com foco nos fatores de risco associados, a fim de melhorias na qualidade de vida dos pacientes. No período analisado, nota-se que houve um aumento considerável no número de internações por essas doenças, sendo o linfoma de Hodgkin com a maior taxa de aumento (77%) nesses últimos 10 anos. Como observado em estudos de diversos países, o sexo masculino continua sendo o mais afetado por essas neoplasias hematológicas. No que tange as faixas etárias, observa-se uma grande proporção de crianças e adolescentes afetados, principalmente por conta da alta incidência de leucemias nessa faixa etária, embora em outros tipos de neoplasias, como o linfoma de Hodgkin, haja um pico em idades mais avançadas, porém com um número inferior de casos. **Conclusão:** Diante do expressivo aumento no número de casos de neoplasias malignas de tecidos linfóide e hematopoietico no estado da Bahia, durante o período analisado, são necessárias estratégias de saúde que objetivem diagnosticar os indivíduos de forma precoce. Em conformidade com a literatura científica atual, o diagnóstico precoce desse grupo de neoplasias malignas corrobora para o sucesso no tratamento. Portanto, para melhorar a qualidade de vida dos portadores de neoplasias malignas de tecidos linfóide e hematopoietico, são imprescindíveis profissionais de saúde aptos a identificar os sinais e sintomas iniciais dessas neoplasias, possibilitando o início do tratamento o quanto antes.