

CD10 positivos, com receptor de células T α - β e perda muitas vezes aberrante de CD5 e/ou CD7. A expressão de CD30 é observada em aproximadamente 20 % dos casos. Histologicamente há alterações morfológicas bastante sugestivas no linfonodo acometido que podem comprovar a suspeita clínica e laboratorial. **Conclusão:** Relatamos um caso raro de Linfoma T Angioimunoblástico em que a células de interesse foram suspeitadas na citometria de fluxo de sangue periférico, e posteriormente confirmadas pelo exame anatomopatológico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.333>

CITOMETRIA DE FLUXO MULTIPARAMÉTRICA DE SANGUE PERIFÉRICO E LINFONODOS COMO AUXILIAR NO DIAGNÓSTICO DE LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

AP Azambuja^a, F Gevert^b, DC Oliveira^b, IS Barbosa^a, AP Percicote^b, PZ Rebutini^a, L Costa^b

^aHospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

^bHospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células T Angioimunoblástico (LTAI) é um linfoma de células T foliculares auxiliares helper (TFH) maduras CD4 positivas, caracterizado por sintomas sistêmicos que podem mimetizar inúmeras outras condições clínicas. O diagnóstico é desafiador e requer uma conjunção de achados clínicos, laboratoriais e histopatológicos. A imuno-histoquímica (IHQ) pode demonstrar os marcadores de células T como CD3, CD2 e CD4, e a frequente perda de marcadores CD5 e/ou CD7. A expressão aberrante de CD10, CD25 e CD279 (PD1) podem auxiliar no diagnóstico diferencial de outros linfomas T. A expressão de CD30 é observada em aproximadamente 20% dos casos. Estes marcadores podem ser detectados pelo exame de imunofenotipagem por citometria de fluxo multiparamétrica (CFM), técnica que permite o encontro de pequenas quantidades de células patológicas. O objetivo deste estudo é descrever uma série de 8 casos de LTAI avaliados por CFM em amostras de biópsias de linfonodos (LN) e sangue periférico (SP). **Métodos:** 273 amostras de LN foram avaliadas entre 2019 e 2023 com o tubo screening LST (CD8, CD56, CD5, CD3, CD38, CD4, CD20, CD45 e cadeias leves kappa e lambda). As amostras com alteração de fenótipo dos linfócitos T eram complementadas por tubos que incluíam os anticorpos monoclonais anti-CD2, CD7, CD10, CD25, CD26, CD27, CD28, CD45RO, CD45R0, CD57, CD94, CD279, receptor TCR gama-delta, e avaliação do receptor do TRCBeta com o clone JOVI1 partir de 2021. **Resultados:** 8 amostras de biópsia de LN apresentaram fenótipo sugestivo de LTAI no período estudado (2,93%). A CFM mostrou percentuais variados de células linfoides anômalas de baixa complexidade, positivas para CD4++, CD3++ e CD2++ em 100% dos casos estudados. O CD7 foi positivo em 6/7 casos, CD5 (5/7 casos), CD28 e CD45RO em 4/7 casos, e marcação fraca ou

negativa de CD26, CD27 e CD45RA em todos os casos. Seis de 7 casos apresentaram positividade de moderada a forte para o antígeno anti-CD279 (PD1) e para CD10, ambos marcadores bastante específicos para o diagnóstico de LTAI. O CD30 foi parcial em 3 casos e o CD25 positivo fraco em todos os casos estudados. Três dos 8 casos foram avaliados pelo TRC Beta e todos eram totalmente negativos (não expressos), portanto clonais. Dos 8 casos estudados, cinco tiveram o SP avaliado previamente ou em conjunto, sendo possível detectar células anômalas em diferentes percentuais (0,2%, 4,0%, 13,0%, 15% e 23%). Todos os casos foram confirmados pelo exame anatomopatológico, com o encontro de infiltrados perivascular e IHQ sugestivos do LTAI. **Discussão:** O LTAI apresenta-se clinicamente com sintomas sistêmicos como linfonodomegalias generalizadas, hepatoesplenomegalia, rash pruriginoso, poliartrite, ascite, anemia e perda de peso. Os pacientes podem apresentar ainda uma disfunção imunológica secundária à neoplasia e hipergamaglobulinemia policlonal. Além do quadro heterogêneo e da dificuldade de suspeição clínica, o diagnóstico histológico também pode ser desafiador, pois os linfonodos perdem sua arquitetura devido ao infiltrado perivascular e neovascularização. Reportamos aqui uma série de 8 casos de LTAI avaliados por citometria de fluxo, sendo que a células de interesse foram documentadas tanto na biópsia de LN quanto no SP. Em pelo menos três dessas amostras de SP coletadas antes da biópsia, o fenótipo encontrado foi decisivo para a definição diagnóstica final. **Conclusão:** A CFM em amostras de sangue periférico e biópsia de linfonodo direcionada para as células linfoides T anormais positivas para CD4, CD10 e CD279 (PD1) pode auxiliar e suportar o diagnóstico do Linfoma T Angioimunoblástico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.334>

USO DOS MARCADORES CD2 E CD25 POR CITOMETRIA DE FLUXO NO DIAGNÓSTICO DAS SÍNDROMES DE MASTOCITOSE SISTÊMICA

AP Azambuja^a, F Gevert^b, RO Merhy^b, DC Oliveira^b, Y Schluga^a, L Costa^b, I Menezes^b, R Marchesini^a

^aHospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

^bHospital Nossa Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A Mastocitose Sistêmica (MS) é um grupo heterogêneo de doenças caracterizado pela proliferação anormal e acúmulo excessivo de mastócitos em um ou mais órgãos. A pele é mais frequentemente acometida e os sintomas sistêmicos que ocorrem pela liberação de mediadores químicos ou decorrentes de infiltração orgânica. A morfologia da medula óssea mostra mastócitos com morfologia atípica (núcleo ovalado, formato alongado ou disformes, relativamente hipogranulares). A citometria de fluxo multiparamétrica (CFM) identifica e quantifica os mastócitos anormais pela