

mortalidade com a média de sobrevida estimada em 7 meses. **Conclusão:** Descrevemos um caso de linfoma T intestinal monomórfico epiteliotrópico. Esta doença é considerada não apenas um desafio diagnóstico, mas também um desafio para o manejo em decorrência da agressividade da doença e risco de complicações relacionadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.716>

SEGUNDA NEOPLASIA EM PACIENTE COM TRICOLEUCEMIA: RELATO DE CASO

SS Silva ^a, AGS Silva ^b, RS Coelho ^b

^a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

^b Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil

Introdução: A tricoleucemia (HCL) é uma neoplasia linfoproliferativa crônica das células B. É uma doença rara, a qual foi descrita como entidade própria em 1958 por Bouroncle. Incide principalmente em homens caucasianos de meia idade e corresponde a 2-3% das leucemias nos adultos. As manifestações clínicas são geralmente sistêmicas, incluindo esplenomegalia, hemorragia e infecções recorrentes. Entretanto, um terço dos pacientes podem estar assintomáticos. O diagnóstico da HCL depende da morfologia característica das células periféricas, do padrão imunofenotípico geralmente expressando os antígenos CD11c, CD25 e CD103, do exame morfológico da medula óssea e na pesquisa da mutação BRAF. O tratamento utiliza análogos das purinas, fármacos que apresentam elevadas taxas de resposta completa. Atualmente também estão disponíveis inibidores da BRAF e imunobiológicos para o tratamento. O objetivo do trabalho é relatar o caso de um paciente diagnosticado com HCL a partir da revisão de prontuário. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino atualmente com 71 anos, que foi diagnosticado aos 37 anos com tricoleucemia. Ao diagnóstico foi realizada a esplenectomia e após recuperação instituída terapia com Interferon (IFN). Ficou em remissão por 25 anos, quando recaiu aos 61 anos. Foi tratado com a Cladribina ficando em remissão por 6 anos. No entanto, em 2020 e 2022 teve recaídas sendo instituído terapêutica com Bendamustina e Rituximab, entrando em remissão. Entretanto, paciente apresentou em junho de 2023 fadiga nas pernas e andar vacilante, sendo suspenso o Rituximab e solicitada uma avaliação com exames de imagem. Na ressonância magnética do tórax foi constatada massa homogênea de contornos regulares, restrição à difusão e realce significativo, na região pré-vertebral inferior envolvendo totalmente a veia ázigos e a superfície lateral direita da aorta descendente. Foi realizada a biópsia por agulha grossa e posteriormente excisional, que mostrou células linfocitárias atípicas de tamanho pequeno a intermediário, expressando no estudo imunohistoquímico CD20 e BCL2, com índice de proliferação celular de 60%. Não houve expressão de Anexina 1, bem como outros marcadores pesquisados. O resultado foi de Linfoma B e não HCL. **Discussão:** Um estudo de coorte o qual compara o risco de segunda malignidade em pacientes com HCL mostrou que num total de 117 paciente 21,3% tiveram uma segunda neoplasia diagnosticada em média de 40 meses

após o diagnóstico da HCL, sendo elas próstata, melanoma, pulmão ou adenocarcinoma. Em outro estudo de coorte com 69 pacientes, 19% desenvolveram uma segunda neoplasia, sendo que 46% eram de origem hematopoiética, enquanto o restante era adenocarcinoma. É apontada na literatura que a terapia com IFN pode ter algum efeito oncogênico direto, o que aumentaria a frequência de segundas neoplasias nesses pacientes. Também, é descrito que esse risco aumentado estaria mais relacionado à carga tumoral da HCL do que à predisposição genética ou efeito do tratamento. Devido a essa predisposição aumentada, esses pacientes precisam de um monitoramento regular. **Conclusão:** No caso relatado o paciente apresentou uma segunda neoplasia de tecido linfóide após 34 anos do diagnóstico da HCL, após ter sido submetido a diversas terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.717>

FUSARIOSE EM PACIENTE COM LINFOMA LINFOBLÁSTICO T - RELATO DO CASO

FC Domingos, BM Borges, IAS Plentz, MB Carneiro, GF Colli, IZ Gonçalves, IA Siqueira, NS Castro, MC Silva

Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII, Barretos, SP, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de infecção fúngica invasiva por fusarium em paciente com Linfoma Linfoblástico T. **Relato de caso:** P. F. M. C., 38 anos, sexo feminino, deu entrada em nosso serviço em fevereiro de 2021 com diagnóstico de Linfoma Linfoblástico T IVB com infiltração de pleura e bulky mediastinal. Foi iniciado tratamento com protocolo BFM-NCRI. Durante o tratamento, paciente manteve necessidade de intervenções recorrentes devido a derrame pleural de repetição e apresentou diversos episódios de neutropenia febril. Em novembro de 2021 foi suspenso o tratamento por progressão de doença e iniciada quimioterapia de resgate com Hypercvad, mantendo refratariedade da doença. Em março de 2022, iniciou quimioterapia com FLAG. Em abril de 2022, durante o período de neutropenia, paciente apresentou sepse de foco cutâneo, secundária a lesão em segundo pododáctilo direito, sendo tratada conforme protocolo institucional (cefepime e vancomicina). Após cinco dias evoluiu com novas lesões em ponta nasal, mão esquerda e coxa direita associadas a artralgia, piora e aumento quantitativo das lesões, estas, eritemato purpúricas, equimóticas e com alguns nódulos, todos pruriginosos. Foi aventada a hipótese de fusariose disseminada, sendo realizada biópsia pela equipe de dermatologia e iniciado tratamento empírico com voriconazol, associado, posteriormente, anfotericina B. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de fusariose. Paciente apresentou melhora clínica e laboratorial, recebeu alta hospitalar após 23 dias de internação e manteve tratamento ambulatorial com voriconazol. Quanto ao linfoma linfoblástico T, paciente manteve-se refratária aos tratamentos instituídos, evoluindo a óbito em 22 de maio de 2022. **Discussão:** A infecção pelo fungo da espécie Fusarium é a segunda mais frequente em casos de infecções fúngicas invasivas. Acomete pacientes

imunocomprometidos, principalmente pacientes hematológicos. Podem apresentar febre, sinusopatias, pneumonia e lesões cutâneas em alvo - presentes em mais de 60% dos casos de fusariose invasiva. Em 40% dos casos, o diagnóstico é realizado por hemocultura e em mais de 50% por biópsia cutânea, que precede a positividade da hemocultura. A neutropenia grave é o principal fator prognóstico para o desfecho dessa patologia. O tratamento precisa ser intensivo. Estudos mostraram que a Anfotericina B é eficaz, porém, em alguns casos, tem se mostrado refratária. O voriconazol mostrou-se eficaz e seguro no tratamento de fusariose, além de poder ser associado a Anfotericina B com possibilidade de melhor desfecho, como aconteceu no caso relatado. **Conclusão:** A fusariose disseminada é uma doença com alto índice de mortalidade, acometendo principalmente pacientes imunocomprometidos, em quimioterapia ou pós transplante de medula óssea. O início precoce do tratamento, bem como recuperação neutrofílica são imprescindíveis para um melhor desfecho clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.718>

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM CONCOMITANTE A UMA LEUCEMIA DE GRANDES LINFÓCITOS GRANULARES T: UM RELATO DE CASO

M Krasilchik, PP Giacon, JSR Oliveira

Casa de Saúde Santa Marcelina, São Paulo, SP,
Brasil

Objetivo: Relato de caso de paciente com Macroglobulinemia de Waldenstrom (MW) e leucemia de grandes linfócitos granulares T (LGL-T) no hospital Santa Marcelina (HSM) em maio de 2023. **Material e métodos:** Estudo observacional transversal retrospectivo pautado em revisão de prontuário e revisão de literatura. **Relato:** Homem, 59 anos, sem comorbidades prévias, interna no HSM em março de 2023 com quadro de adinamia e dor em membros inferiores há 1 mês. Em hemograma inicial apresentava anemia grave (Hb 4,6 g/dL) hipoproliferativa, normocrômica e normocítica, plaquetopenia e linfócitos de 4.000. Negou sintomas B. Em exames complementares presença de pico monoclonal de 4,08 g/dL em eletroforese de proteínas e dosagem de IgM de 7,419 g/dL. Em relação a sintomas de hiperviscosidade o paciente referiu visão turva e baixa acuidade visual. A imunofenotipagem de sangue periférico mostrou 51,1% de linfócitos T sendo 9,9% CD4 e 40,6% CD8 (CD4/CD8 de 0,24) e, 31,7% com fenótipo "large granular". O exame de PCR para clonalidade T era positivo. A biópsia de medula óssea revelou processo linfoproliferativo de pequenos linfócitos, padrão de linfoma linfoplasmocitóide/ MW, com 70% de infiltração medular e 20% de plasmócitos clonais. Tratava-se de uma MW associada a uma LGL-T. De acordo com o IPSSWM o paciente obteve 4 pontos e classificou-se como alto risco. O tratamento proposto via SUS foi o esquema R-CVP e ao diagnóstico realizou uma sessão de plasmaférese. **Discussão:** A MW é um tipo raro de linfoma de baixo grau caracterizado pela infiltração da medula óssea por células linfoplasmocitárias clonais

produtoras de imunoglobulina IgM. A LGL-T é um distúrbio linfoproliferativo crônico caracterizado por uma multiplicação clonal de linfócitos grandes granulares T ou NK com um fenótipo citotóxico (CD3, CD8 e CD57). As células LGL comumente podem se expandir em resposta a células tumorais, distúrbios autoimunes ou em infecções e, uma prova de clonalidade T distingue LGL de expansão de LGL reativa. No caso de dificuldade diagnóstica, mutações recorrentes, sendo o STAT3 o gene mutado mais frequente, podem auxiliar na confirmação da clonalidade. Existem poucos relatos sobre a coexistência da LGL-T com doenças de células B, sobretudo com doenças de células plasmocitárias (DCP). Não há disponível nenhuma análise sistemática para determinar a frequência dessa co-associação. Um estudo de 2019 da clínica Mayo avaliou 22 pacientes de 1994 a 2018 com diagnóstico de LGL-T e DCP. Havia 1 paciente com MW e o restante apresentava MGUS, mieloma múltiplo (MM) ou amiloidose. O imunofenótipo da população de células T era típico para LGL-T: CD2, CD3, CD7, CD8, CD16 e CD57. Nesse estudo 4 pacientes com MGUS diagnosticada ao mesmo tempo que a LGL progrediu para MM ou MW, enquanto 2 pacientes com MGUS diagnosticados após a LGL-T não progrediram. Outro estudo de 2009 analisou 63 pacientes com diagnóstico de LGL-T sendo 17 associado a doenças de células B. Ao final do estudo observou-se que nenhum dos pacientes com LGL e MGUS progrediu para MM. Um Estudo americano de 2022 avaliou 26 pacientes com esses diagnósticos e observou que os pacientes tratados para LGL-T resultou na erradicação do clone da DCP em 15% dos casos, incluindo um paciente com mieloma múltiplo que apresentou resposta completa após o início da terapia direcionada a malignidade de células T. **Conclusão:** Devido a baixa incidência dessas doenças em associação pouco se sabe sobre o real significado clínico. É importante analisar em qual momento ocorreu o diagnóstico da LGL-T para concluirmos tratar-se apenas de um antígeno comum que impulsiona células B e T clonais ou, nessa coexistência não casual a expansão clonal da LGL-T representaria uma resposta imune às populações aberrantes de células plasmáticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.719>

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF LMR AND RDW IN PATIENTS WITH DIFFUSE LARGE B CELL LYMPHOMA

CA Assis^a, LM Fogliatto^a, L Damasceno^a,
MS Vieira^b, LN Rotta^a

^a Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, Brazil

^b Laboratório Zanol, Porto Alegre, Brazil

Objective: The lymphocyte monocyte ratio (LMR) and red blood cell distribution width (RDW) are being recognized as useful prognostic tools for patients with Diffuse Large B Cell Lymphoma (DLBCL). **Methodology:** We retrospectively analysed 98 data of DLBCL patients diagnosed between 2008 and 2018 from three hospitals in Porto Alegre/RS/Brazil and collected data from blood count cells and DHL. **Results:** Patients