

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