

a mesma opta por não comparecer em consulta. Retorna em pronto atendimento de HSP em abril/2024 com aumento da área ulcerada em face, agora com exposição de tecido ósseo e tendões de face, presença de necrose extensa com sinais de infecção secundária e surgimento novas lesões, acometendo região infra mamária bilateral. Os exames de estadiamento demonstraram múltiplos nódulos sólidos com cavitações centrais com halo em vidro fosco em parênquima pulmonar e espessamento de adrenal em tomografia de abdome, sugestivos de acometimento neoplásico. Optado por debulking com dexametasona e ciclofosfamida por 4 dias. Visto a gravidade do quadro e agressividade de neoplasia, paciente veio a óbito cerca de 1 semana após admissão hospitalar. O Linfoma cutâneo de células T com epidermotropismo acentuado por células T citotóxicas CD8+ possui comportamento clínico agressivo. Corresponde a 1% de todos os linfomas cutâneos de células T. Mais comum entre a 6ª e 7ª década de vida. Possui predileção pelo sexo masculino, na proporção de 3:1. Clinicamente, pode apresentar-se de duas maneiras: acometimento cutâneo difuso, caracterizado por pápulas eruptivas difusas, placas, nódulos e tumores com ulceração central e necrose, sem a presença de lesões precursoras ou, raramente, manchas hiperkeratóticas, descamativas-eritematosas. Possui a tendência de disseminação para locais extranodais, como pulmão, testículo, SNC, fígado, baço e coração, com raro envolvimento de linfonodos e medula óssea. Têm como diagnósticos diferenciais: Papulose linfomatoide tipo D, Linfoma anaplásico cutâneo primário de grandes células, Linfoma de células T subcutâneo semelhante à paniculite, Linfoma primário de células TCD8+ acral cutâneo, Linfoma T NK Nasal, Reticulose pagetoide solitária, Linfoma cutâneo primário T $\gamma\delta$ e Micose Fungóide. Tratamentos com esteroides, UVB, PUVA, Gemcitabina, Radioterapia local e interferon alfa são ineficazes. Preconiza-se realização de poliquimioterapia, como CHOP like e HiperCAVD, que costumam atingir resposta parcial, porém com recaídas precoces. Não foi demonstrado benefício de sobrevida em regimes intensificados, como MACOP-B quando comparado ao CHOP. Bexarotene como agente único ou em combinação com fototerapia também pode atingir resposta parcial porém sem resposta duradoura. Novas drogas parecem apresentar certo benefício, como alemtuzumab e vorinostat. Pacientes com bom status performance e em resposta parcial devem ser submetidos a consolidação com transplante alogênico de células tronco hematopoiéticas, podendo apresentar algum benefício em sobrevida global e sobrevida livre de progressão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.442>

RELATO DE CASO: LINFOMA PLASMABLÁSTICO DE CAVIDADE ORAL EM PACIENTE PORTADORA DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA.

MFG Severino, L Rissi, FO Morais, CH Dosualdo, B Pavan, LM Moraes, RGC Goiato, DDS Leme, AF Pedrão, ALJ Silva

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivos: Descrever um caso de linfoma plasmablástico de cavidade oral em paciente portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Material e métodos:** Os dados foram obtidos a partir de entrevista e revisão de prontuário, com autorização do paciente. **Relato de caso:** Sexo feminino, 65 anos, portadora do vírus da imunodeficiência humana em tratamento irregular na época do diagnóstico (apresentava carga viral de 27.678 cópias e CD4 183). Evoluiu com lesão em região de mucosa jugal/gengiva inferior à direita com evolução de aproximadamente quarenta dias, sendo realizada biópsia da lesão em 22/06/2023 com imuno-histoquímica: CD138, cadeia leve Lambda e EBER-1 (EBV) positivos e CD20 negativo, compatível com linfoma plasmablástico. Realizado PET (01/09/23) que evidenciou lesão expansiva nodular sólida no corpo da mandíbula direita medindo 50 × 47 mm (SUV 66), linfonodos cervicais bilaterais (maior SUV 44). Proposto protocolo EPOCH (etoposídeo, prednisona, vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina). Paciente realizou primeiro ciclo do tratamento, com diminuição importante da lesão em cavidade oral. Evoluiu com enterite neutropênica, internada para realização de antibioticoterapia endovenosa, com abandono de tratamento posteriormente. **Discussão:** O linfoma plasmablástico (PBL) é um subtipo raro de linfoma difuso de grandes células B, com mediana de idade de apresentação aos 50 anos, mais comum no sexo masculino (5,7:1), acometendo mais frequentemente a cavidade oral. Pode apresentar-se com odontalgia ou abscesso dentário, embora possa acometer outros sítios como pele e trato gastrointestinal. Está associado a estados de imunossupressão como HIV, transplante de órgãos sólidos, doença autoimune e idosos. Presume-se que o linfoma plasmablástico seja derivado de plasmablastos, que são células B ativadas, as quais foram submetidas a hipermutação somática e mudança de classe. Alguns marcadores prognósticos como sítio (cavidade oral tem melhor prognóstico, devido a sintomas mais precoces), associação ao EBV e controle do HIV sugerem melhor prognóstico. Já a presença do rearranjo do gene MYC, idade maior que 50 anos e fase avançada conferem pior prognóstico. Em relação ao tratamento, pode ser feito protocolo CHOP, porém quando associado ao HIV, tratamento mais intensivo como EPOCH é indicado. Estudos mostraram que a terapia antirretroviral altamente eficaz (HAART) tem impacto na sobrevida. Terapias com bortezomib (inibidor de proteassoma) e daratumumab (anti-CD38) em associação com os protocolos clássicos mostraram melhores resultados. **Conclusão:** Esse relato descreve o diagnóstico de linfoma plasmablástico em paciente com vírus da imunodeficiência humana, com acometimento de cavidade oral. Por se tratar de um linfoma raro, mais associado a estados de imunossupressão, é importante se atentar ao tipo de apresentação e sempre realizar biópsia para o diagnóstico. É uma doença grave, com sobrevida mediana variando de 6 a 32 meses.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.443>