

da Saúde, o SHV é definido como proliferação com características morfológicas e imunofenotípicas de histiócitos maduros. A mediana de idade no diagnóstico é de 63 anos, com uma distribuição semelhante entre homens e mulheres, com sobrevida média de 6 meses. O envolvimento nodal e extranodal, como tratos gastrointestinal, pulmonar e nasal, é comum. O diagnóstico é desafiador devido à semelhança com outras neoplasias, como linfomas, carcinomas indiferenciados, melanomas, sarcomas e tumores de células dendríticas. Dada a baixa representatividade de doenças raras e com desfechos desfavoráveis, este trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente com SHV.

Caso clínico: Paciente masculino de 24 anos apresentou dispneia, tosse e sudorese noturna em janeiro de 2024. Exames revelaram uma massa pulmonar de 16 × 12 × 17 cm, Hb 10,1 g/dL, leucócitos 12.560/mm³, plaquetas 643.000/mm³ e DHL 299 U/L. O estadiamento foi realizado com tomografias, PET-CT e biópsias. Após 10 dias de internação, apresentou desconforto respiratório, parada cardiorrespiratória e necessidade de intubação orotraqueal. Devido à deterioração clínica, foi iniciado dexametasona 40 mg e radioterapia (RDT) enquanto aguardava-se o resultado anatomopatológico. Após 15 dias, o diagnóstico de SHV foi confirmado. No 16º dia de internação, iniciou-se o tratamento com CHOP (Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisona), resultando em melhora clínica e hemodinâmica após o 1º ciclo, com extubação 12 dias após e significativa redução da massa pulmonar. Apesar da melhora inicial, evoluiu com neutropenia febril e nova intubação. O 2º ciclo de CHOP foi administrado após 28 dias, e apesar de haver a proposta do uso de Pembrolizumab, houve dificuldade no acesso. O paciente veio a óbito por piora respiratória e infecciosa após 48 dias de internação. **Discussão:** A evolução agressiva e desfavorável do paciente ressalta as dificuldades no diagnóstico e tratamento do SHV. A literatura é escassa, sem consenso sobre tratamento padrão e com acesso limitado a drogas alvo. Embora o paciente seja mais jovem que a mediana da literatura, há descrição em indivíduos jovens, e a sobrevida de 3 meses foi consistente com dados já existentes. A imunohistoquímica é crucial para o diagnóstico, com os marcadores principais CD163, CD68, lisozima e CD4, sendo o CD163 o mais sensível e restrito para o SHV. A pesquisa de mutações (PDL-1, BRAF, RAS/MAPK e MEK) podem orientar o uso de terapias alvo. O tratamento com CHOP, utilizado neste caso, é recomendado para doença multifocal, enquanto a ressecção cirúrgica e RDT são indicadas para doenças localizadas. Uma coorte de 330 pacientes com SHV mostrou que a cirurgia para doença localizada combinada à RDT melhora a sobrevida e a remissão. Estudos de terapias alvo, como inibidores de BRAF (Vemurafenib, Dabrafenib) e PD-L1 (Nivolumab, Pembrolizumab), surgem uma nova estratégia terapêutica. **Conclusão:** O SHV é uma doença rara, subnotificada, com altas taxas de mortalidade e poucos dados na literatura. Mais estudos são necessários para

aumentar o conhecimento sobre essa doença, otimizar o diagnóstico precoce e definir o melhor tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.447>

LINFOMA DE CÉLULAS T CUTÂNEAS E PERIFÉRICAS NO BRASIL: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

MM Mantovani, CH Martins, LT Garcia, GG Bello, EMG Leão, GGP Cunha, DY Kishimoto, VA Bastos, CM Duarte, L Niero-Melo

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Linfomas são neoplasias linfoides, com dois subtipos, Linfoma Hodgkin (LH) e Linfoma não-Hodgkin (LNH), sendo um dos aspectos que os distingue é o tipo de disseminação (LH por contiguidade; LNH de forma multicêntrica). Dentre os LNH, o de subtipo de células T cutâneas e periféricas (LNH-CTCP) apresenta taxas de sobrevida baixas. O conhecimento dos mecanismos etiopatogênicos e de apresentação clínica destes diferentes subtipos são fundamentais para o desenvolvimento de terapêuticas pertinentes. O estabelecimento de perfil epidemiológico permitiria identificar a parcela da população mais acometida e suscetível à doença, por fornecer subsídios para mais efetiva abordagem médica. **Objetivo:** Este trabalho objetivou avaliar, através da base de dados provenientes do Atlas de Mortalidade por Câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA), e pela literatura pertinente, a epidemiologia de pacientes diagnosticados com Linfomas de Células T cutâneas e periféricas. **Metodologia:** O presente estudo é de caráter retrospectivo descritivo e configura-se em função de uma abordagem quantitativa, embasada por análise de dados digitais. Os registros adotados sobre a mortalidade do CTCL e PTCL foram coletados do Atlas de Mortalidade por Câncer - Instituto Nacional de Câncer (INCA), considerando-se os dados atualizados no período de 1979 a 2022. Os dados levantados e utilizados no presente trabalho são de domínio público e encontram-se disponíveis no seguinte endereço eletrônico: www.inca.gov.br, sendo dispensado o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. Os dados foram analisados utilizando o *software* Google Planilhas. Para avaliação da mortalidade causada pelos CTCL e PTCL, os dados foram agrupados conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-C84). Inicialmente, foram selecionados os CIDs de interesse no Atlas de Mortalidade por Câncer (Modelos 1, 2 e 10). Após a seleção da topografia, admitiu-se para estudo da análise das frequências de mortalidade a contabilização dos números absolutos de óbitos por ano, bem como sua distribuição por faixa etária. **Resultados e discussão:** A maioria dos pacientes era do sexo masculino (57,73%), com faixa etária mais acometida aos 60-69 anos. Desde 1979, a porcentagem de óbitos por

LNH-CTCP com relação ao total de mortes por neoplasias aumentou 500%, de 0,02% (0,02% homens, 0,02% mulheres) para 0,12% (0,13% homens, 0,11% mulheres). **Perfil médio:** O perfil médio dos pacientes que evoluíram a óbito por LNH-CTCP foi de homem de aproximadamente 58 anos. **Análise:** Entre 1979 e 1998, não houve um aumento significativo na porcentagem (0,04% para 0,06%). O aumento passou a ser maior a partir de 1999-2003, com variação de 0,06% para 0,11%. A partir deste ano acima, as medições sofreram variações quase lineares, aumentando em média 0,03% a cada intervalo de medição, evidenciando a necessidade de tratamentos mais eficazes, uma vez que o aumento da porcentagem de casos aponta para doença mais grave, demandando intervenção para impedir que isto continue ocorrendo. **Conclusão:** Estudos que demonstrem e tragam conhecimento pela população afetada pela doença, bem como permitam identificar fatores de risco associados para o desenvolvimento de terapias futuras, são de fundamental importância. Além disso, estabelecer o impacto na sobrevida dos pacientes, tendo em vista os avanços das terapias em uso, bem como a boa qualidade de vida dos pacientes, é objetivo primordial na Medicina.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.448>

RELATO DE CASO: PACIENTE COM LINFOMA T/NK EXTRANODAL NASAL

MFG Severino, FO Moraes, L Rissi, LM Moraes, B Pavan, CH Dosualdo, AF Pedrão, CES Marçal, RGC Goiato, ALJ Silva, 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 T/NK extranodal subtipo nasal. **Material e métodos:** Os dados foram obtidos a partir de entrevista e revisão de prontuário, com autorização do paciente. **Relato de caso:** Sexo masculino, 58 anos, trabalhador rural, apresentou quadro de perda ponderal de 20 quilos em um ano; evoluiu com lesão ulcerada em cavidade nasal, com invasão periocular esquerda e em palato mole. Realizada biópsia de lesão intranasal à esquerda em 20/10/23 com imunohistoquímica: CD3, CD20, CD56, EBER-I (EBV) positivos e CD20 negativo, Ki-67 90% compatível com linfoma T/NK extranodal. Realizado PET-CT (11/10/23) evidenciou acometimento em face, orofaringe, laringe, pregas vocais, linfonodos cervicais e abdominais (Estadio IV-E). Proposto protocolo SMILE (dexametasona, metotrexato, ifosfamida, L-asparaginase e etoposídeo). Nos exames pré-tratamento apresentou sorologia anti-HBc total e anti-HBs positivos (contato com hepatite B com soroconversão), com necessidade de profilaxia com entecavir. Paciente fez uso de diversos tratamentos com antibióticos devido infecção secundária em sítio tumoral, com melhora após administração de Meropenem e Linezolida; iniciado protocolo SMILE com primeiro ciclo em 29/10/23. Devido ao baixo aporte nutricional e impossibilidade

de passagem de sonda nasoentérica pelas lesões, optado por realizar gastrostomia como via alternativa de alimentação. Paciente evoluiu com piora clínica progressiva, com necessidade terapia intensiva 10 dias após iniciar protocolo quimioterápico, escalonamento de antibioticoterapia para polimixina B, necessidade de suporte ventilatório invasivo e droga vasoativa. Paciente veio a óbito em novembro/23 em decorrência das complicações infecciosas. **Discussão:** O linfoma T/NK extranodal é um subtipo de Linfoma não-Hodgkin relacionado ao vírus Epstein Barr, raro, compreende menos de 2% dos linfomas T. Desenvolve-se a partir de células natural killer (NK) - mais comum-, ou células T citotóxicas. A maioria dos linfomas T/NK ocorre na cavidade nasal e são denominados do tipo nasal, mas podem ocorrer em qualquer local. O sistema de estadiamento Ann Arbor é o mais indicado, e quanto ao prognóstico, IPI, KPI e o PINK são os modelos prognósticos e/ou preditivos mais utilizados. Existem vários tipos de esquemas quimioterápicos para tratamento. Quando a doença ocorre de forma localizada, é frequentemente tratada com radioterapia, com uma sobrevida em 5 anos de 70% dos casos. Já a doença em fase avançada pode ser tratada com radioterapia e quimioterapia, com sobrevida inferior, de apenas 40% em 5 anos. No caso do paciente relatado, foi optado por realizar protocolo SMILE, devido ao estágio avançado. Também pode ser feito P-GEMOX (peg-asparaginase, gencitabina, oxaliplatina), DDGP (dexametasona, cisplatina, gencitabina e peg-asparaginase) e em casos de pacientes que não toleram terapia de alta intensidade, pode ser realizado AspaMetDex (peg-asparaginase, metotrexato, dexametasona). **Conclusão:** O linfoma T/NK é um subtipo raro de linfoma T, com prognóstico reservado para os casos avançados. Esse relato descreve um caso com apresentação comum. Por se tratar de um linfoma agressivo, é importante que o diagnóstico seja feito precocemente e o tratamento correto seja instituído o mais breve possível.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.449>

FUSARIOSE INVASIVA APÓS TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA: UM RELATO DE CASO

RO Nalesso^a, NM Santana^a, CS Donini^b, BL Almeida^c, PP Neffá^a, EM Rego^a

^a Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR), São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^c Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As infecções fúngicas representam um importante desafio quando relacionadas a pacientes imunocomprometidos. Os fungos do gênero *Fusarium* sp. estão presentes no