

recidivante, com aumento da sobrevida em poucos anos. Em vista disso, são necessárias pesquisas contínuas em busca de estratégias terapêuticas eficazes e inovadoras.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.482>

LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICAS NÃO ESPECIFICADO: UMA APRESENTAÇÃO INCOMUM DE ACOMETIMENTO RENAL ISOLADO

RAS Rolim-Junior, AJ Silva, BM Brandão,
E Kososki, LM Almeida

Hospital Municipal Moyses Deutsch (HMMD), São
Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas de células T periféricos (PTCLs) são neoplasias agressivas e variadas de células T, manifestando-se com linfadenopatia ou envolvimento extranodal. Essa patologia inclui subtipos distintos com características clínicas, patológicas e genéticas diversas. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente do sexo masculino, internado em julho de 2024 no Hospital Municipal Dr. Moyses Deutsch-SP (HMMD), com dor pleurítica e lombar, secundário a Linfoma de Células T Periféricas Não Especificadas. **Metodologia:** Trata-se de um relato de caso, um estudo observacional retrospectivo de caráter descritivo, seguido de revisão narrativa de literatura. **Relato de caso:** Paciente masculino, 21 anos, de São Paulo, sem comorbidades, medicações contínuas ou uso de substâncias ilícitas, praticava atividade física ocasional, com histórico de lombalgia tratada com dipirona, relaxantes e anti-inflamatórios, sem acompanhamento médico regular. Apresentou dor subcostal direita há 3 dias, irradiando para hemitórax e lombar direita, com náuseas e vômito. Ao exame, estava consciente, colaborativo, sem déficits focais, edema simétrico nos membros inferiores. Foi encaminhado à emergência por bradicardia sinusal no ECG. Na admissão, apresentava creatinina 3,02, ureia 70, potássio 5,5, PCR 33. Tomografia de tórax mostrou derrame pleural laminar bilateral com atelectasias. Tomografia abdominal revelou rins normais, discreta densificação perirrenal, sem hidronefrose ou obstruções. Foi internado por pielonefrite, iniciando ceftriaxona, hidratação venosa, quantificação de diurese e analgesia. Ultrassom renal indicou parênquima hiperecogênico e líquido livre abdominal. Sorologias para HIV, sífilis, hepatite B e C negativas. PTH 80, vitamina D 22, fósforo 5,1, ácido úrico 9,6, cálcio 9,4, CPK 99, albumina 3,6, DHL 635, complemento normal, FAN negativo. Hemograma apresentou Hb 11,5, Ht 35,6%, leucócitos 6.790 (N:75,4%, L:16,2%) e plaquetas 243.000. Durante a internação, houve piora da função renal, com creatinina de 3,02 para 7,41. Foi mantido em manejo conservador e indicada biópsia renal para investigar nefrite túbulo-intersticial. O anatomopatológico revelou infiltrado linfóide difuso com linfócitos pequenos substituindo parênquima renal (CD20 negativo, CD3 positivo, CD5 positivo, CD7 positivo, CD8 positivo, CD10 negativo, ciclina D1 negativa, ALK negativa). Transferido para referência, o PET mostrou hipermetabolismo tímico no mediastino anterior e padrão renal heterogêneo. A biópsia de medula óssea sem infiltração linfomatosa. A partir

desto, conclui-se o diagnóstico de linfoma de células T periféricas não especificado, com alto índice mitótico, CD3, CD5, CD2 (fraco), CD7 e CD8 positivos. **Discussão:** PTCL não especificada (NOS) é um diagnóstico de exclusão para linfomas de células T nodais sem características consistentes. Requer evidências morfológicas e imunofenotípicas, excluindo outros subtipos. Expressa ao menos um antígeno pan-T (CD2, CD3, CD5, CD7) e metade dos casos apresenta imunofenótipo aberrante, geralmente perdendo CD5 ou CD7. **Conclusão:** A importância de considerar PTCL, NOS, no diagnóstico diferencial de pacientes com acometimento renal sem causa outra identificada, em especial, nos pacientes jovens, associado a DHL e/ou cálcio elevado, achados estes, sugestivos de doenças linfoproliferativas de células T.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.483>

RARA APRESENTAÇÃO DE LINFOMA INTRAVASCULAR DE GRANDES CÉLULAS B VARIANTE CUTÂNEA: UM RELATO DE CASO

BFC Galvão, LFBH Junior, RS Kojima,
AC Meireles, WKP Barros, PM Resende,
JZMD Nascimento, PK Souza, RB Domingues,
N Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo,
SP, Brasil

Introdução: O linfoma intravascular de grandes células B (LIVGCB) é um tipo raro de linfoma não-Hodgkin com incidência de 0,095 casos por milhão, descrito pela primeira vez em 1959 por Pleger e Tappeiner. A doença de acometimento extranodal agressivo caracteriza-se pela proliferação de grandes células B neoplásicas no lúmen dos vasos e subdivide-se em 3 subtipos de apresentação: variante clássica, variante cutânea e variante hemofagocítica, com manifestações clínicas variáveis. **Objetivo:** Descrever um caso de linfoma intravascular de grandes células B. **Relato de caso:** Paciente 73 anos, feminina, pós transplante de células tronco hematopoiética (TCTH) não aparentado full match em maio/2019 por leucemia mieloide aguda (LMA) de risco intermediário. Após 5 anos do TCTH evolui com uma síndrome edemigênica associada a lesões em pele há 6 meses. Ao exame físico, paciente com anasarca e telangiectasias disseminadas; sem linfonodomegalias/esplenomegalia. Exames laboratoriais Hb 11 g/dL (adquiriu traço falciforme do doador), leucograma/plaquetometria normais; DHL 698 U/L; Beta 2 microglobulina 10,8 mg/L; cadeia leve livre Lambda 569 mg/L com baixa relação K/L e IgG 3647 mg/dL; eletroforese de proteínas e imunofixação sérica sem evidência de pico monoclonal. Biópsia de pele compatível com LIVGCB, cuja imunohistoquímica era positiva para CD20, CD79a, MUM-1, BCL-2 e Ki-67 90%. Estudo medular sem sinais de recaída da LMA, porém com raros linfócitos B CD20-positivos com distribuição intravascular de morfologia indeterminada e cariótipo complexo. Estadiamento com PET-CT sem captação e RM crânio / Líquor, sem infiltração de sistema nervoso central (SNC). Proposto tratamento com R-CHOPx6 ciclos. **Discussão:** O LIVGCB é um subtipo de linfoma raro, agressivo, de difícil diagnóstico e manejo. O subtipo