

de micose fungóide. Os exames de sangue na chegada apresentavam 14 g/dL de hemoglobina, 11 mil leucócitos/mm<sup>3</sup>, 250 mil plaquetas, sorologias não reagentes e desidrogenase láctica de 247 U/L. A pesquisa de células de sézary resultou em 10% dos linfócitos analisados com morfologia anômala. Realizada biópsia de uma das lesões, a qual teve estudo imunohistoquímico compatível com Linfoma Agressivo Cd 30 negativo e Cd 8 positivo, com pesquisa de ebstein barr vírus negativa, Ki 67 positivo em 80%, também era CD3, CD5, CD7, CD4 e CD20 positivo, negativo para galectina 3 e CD56. O raio X de tórax e a ultrassonografia de abdome total, bem como as tomografias computadorizadas de tórax e abdome da mesma época não demonstraram alterações sugestivas de neoplasia. Neste momento, foi iniciada quimioterapia com protocolo R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e citarabina) e, após 6 ciclos, paciente apresentou regressão importante das lesões. Paciente seguiu em acompanhamento neste serviço; entretanto, 6 meses após o término da quimioterapia voltou a apresentar as lesões, com biópsia sugestiva de recidiva da doença. **Discussão:** O LCPLT pode ocorrer em qualquer idade; no entanto, a idade mais comum ao diagnóstico é a sexta década de vida. Sua proporção de homens para mulheres é de 1,5 a 2,0: 1. Lesões primárias são tipicamente maiores que 1 cm e geralmente são ulceradas, apresentando-se maiores que dos outros subtipos em geral, variando de pápulas para tumores grandes que ocorrem em qualquer lugar no corpo. A maioria dos casos se apresenta com envolvimento generalizado da pele. Em relação ao envolvimento extracutâneo, este pode ocorrer em 10% de todos os pacientes. Num geral, os Linfomas Cutâneos de Células T são doenças raras e indolentes, com excelente sobrevida global, mesmo que com recorrência comum após o sucesso tratamento. Entretanto, o Linfoma Cutâneo de Células T com Predomínio de Linfócitos T CD8 tem uma evolução aguda com disseminação sistêmica rápida, apresentando sobrevida média de 32 meses. **Conclusão:** O LCCN é uma variante maligna dos LCCT. Por ser uma entidade recentemente definida e por serem poucos ainda os trabalhos encontrados na literatura que visam defini-lo, conclui-se que ainda são necessárias pesquisas que possam melhor caracterizar suas características peculiares, para assim melhor dirigir o tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.375>

374

#### LINFOMA DE BURKITT EM UM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE: RELATO DE CASO

E.T. Takakura<sup>a</sup>, B.C. Santos<sup>b</sup>, C.E.D.M. Safar<sup>b</sup>, P.C. Souza<sup>c</sup>, M.C. Caleffi<sup>a</sup>, L.Y. Takahashi<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR, Brasil

<sup>b</sup> Hospital do Câncer de Maringá, Maringá, PR, Brasil

<sup>c</sup> Laboratório de Patologia Souza, Maringá, PR, Brasil

Paciente JVSD, 20 anos, sexo masculino, branco, proveniente do município de Maringá-PR, previamente hígido, apre-

sentou quadro clínico inicial de três semanas de sintomas de diplopia, parestesia de face em região mandibular, evoluindo com plegia de membro superior esquerdo e de membros inferiores, com consequente déficit para deambulação, além de percepção de surgimento de nodulações em couro cabeludo; negava perda ponderal ou febre no período. O exame físico não apresentou alterações, exceto pela palpação de nodulações na calota craniana e linfonodomegalias cervicais bilaterais, mais proeminentes à direita, e submandibulares. Paciente encaminhado para o Hospital do Câncer de Maringá devido a exames de ressonância magnética de crânio, coluna cervical e lombar que evidenciaram múltiplos focos nodulares em subcutâneo adjacente à calota craniana; alterações em corpo vertebral de C3 com compressão ventral do saco dural, múltiplas linfonodomegalias cervicais; lesão infiltrativa do corpo vertebral de D5 promovendo estenose importante do canal vertebral e dos forames de conjugação adjacentes. Exames laboratoriais de admissão: hemograma apresentava hemoglobina 13,2 g/dL, hematócrito 36,4%, leucócitos 7.500/ $\mu$ L, neutrófilos 6.150/ $\mu$ L, linfócitos típicos 1.200/ $\mu$ L, plaquetas 236.000/ $\mu$ L; TGO 120 U/L; TGP 127 U/L; LDH 667 U/L; HBsAg não reagente; anti-HCV não reagente; HIV 1 e 2 não reagentes. Imediatamente após admissão hospitalar foi realizada cirurgia de urgência para decompressão medular e biópsia de lesão expansiva da coluna, sendo evidenciado, em anátomo patológico, neoplasia maligna de células intermediárias, nucleoladas com frequentes figuras de mitose e apoptose, infiltrando trabéculas ósseas e partes moles; além da presença de corpos tingíveis (padrão céu estrelado) e áreas de necrose, compatível com a hipótese diagnóstica de Linfoma de Burkitt. O estudo imunohistoquímico confirmou diagnóstico de linfoma de células B (CD 20+, CD10+, Bcl-6+, c-MYC+ e Ki-67> 95%) de alto grau, tendo como principal possibilidade o Linfoma de Burkitt. Realizados novos exames de imagem para estadiamento clínico após cirurgia de urgência. As tomografias de tórax e abdome com contraste apresentavam massa tissular paravertebral anterior e mediastinal posterior de 4 cm x 4 cm; linfonodomegalias retroperitoneais, pélvicas e inguinais medindo até cerca de 2,3 cm; volumosa massa tissular expansiva, heterogênea com áreas de necrose de 15,2 cm x 5,0 cm em cavidade pélvica direita, sem clivagem com músculo iliopsoas e vasos pélvicos, com extensão para o espaço pré-sacral, desviando a bexiga para a esquerda. Mielograma e imunofenotipagem de medula óssea e do líquor não apresentaram infiltração pelo linfoma. Avaliado ainda o cariótipo de medula óssea do paciente, que era normal. Não realizado FISH para pesquisa de t(8;14) devido à indisponibilidade no SUS. Após diagnóstico, paciente iniciou tratamento quimioterápico com protocolo R-CODOX-M/R-IVAC, estando, neste momento, no primeiro ciclo R-IVAC. Evoluiu com redução de linfonodomegalias cervicais, melhora parcial do déficit motor de membros inferiores e de dorsalgia; porém, apresentou, durante o primeiro ciclo de R-CODOX, neutropenia febril, mucosite severa, exantema pruriginoso difuso, provavelmente associado ao uso de vancomicina, além de necessidade de transfusões profiláticas de plaquetas e hemácias.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.376>

