

encontrava-se com sinais vitais e exames laboratoriais dentro da normalidade. Realizada então tomografia (TC) e angio-TC de crânio, que se mostraram sem alterações. Investigação complementar com ressonância magnética de crânio evidenciou zonas com restrição à difusão na substância branca subcortical do giro pré-central direito e dos giros frontais superior e médio esquerdos, ambos com extensão para a substância branca profunda dos centros semiovais e coroa radiada à direita, sem expressão na sequência FLAIR/T2 e sem realce pelo gadolínio. O conjunto dos achados permitia considerar no diagnóstico diferencial a possibilidade de etiologia tóxica-metabólica, especialmente relacionada ao uso do MTX intratecal. O paciente em questão evoluiu com regressão parcial dos sintomas em menos de 24 horas, com total resolução dos mesmos em 72 horas, recebendo alta para seguimento clínico ambulatorial. Conforme programação anterior, paciente realizou PET-CT para reavaliação após o quarto ciclo de R-CHOP, que demonstrou resposta metabólica completa, preenchendo escore de 3 pela escala de Deauville, além de nova ressonância magnética que mostrou regressão parcial de imagem visualizada anteriormente. Paciente finalizou os 6 ciclos programados de quimioterapia, não apresentando desde então nenhum novo sintoma neurológico, no momento em aguardo de novo PET-CT para confirmar achados prévios e iniciar seguimento clínico-laboratorial. **Discussão e conclusão:** O MTX é uma droga sabidamente associada a efeitos tóxicos no sistema nervoso central e ao desenvolvimento de leucoencefalopatia após sua administração, com incidência de aproximadamente 0,8-4,5%. No entanto, esse achado é muito mais frequente com uso de altas doses da droga, geralmente após administração intravenosa, sendo raros os relatos de casos envolvendo esse efeito colateral após seu uso intratecal. Portanto, se faz relevante este relato de caso para que possamos aventar outros diagnósticos diferenciais que não a progressão da doença neoplásica de base em paciente que requeira a administração de MTX intratecal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.410>

409

#### TRANSFORMAÇÃO PARA LINFOMA DE GRANDES CÉLULAS EM SÍNDROME DE SÉZARY PÓS LONGO TEMPO DE EVOLUÇÃO: RELATO DE CASO

D. Escórcio-Tavares<sup>a</sup>, R.F.P. Mendes<sup>a</sup>, F.S.B. Ferreira<sup>a</sup>, C.C. Sartório<sup>b</sup>, S.D.P.A.F. Samapio<sup>b</sup>, M.H.S. Durães<sup>b</sup>, F.D. Xavier<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Sírio-Libanês, Brasília, DF, Brasil

<sup>b</sup> Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil



e PET-TC sem acometimento nodal, sendo optado por conduta expectante. Em nossa primeira avaliação, observado eritrodermia difusa e presença de linfonodomegalias de até 2 cm em cadeias axilares, cervicais e inguinais bilateralmente, além de linfonodomegalia supraclavicular direita com cerca de 1cm. Hemograma: Hb 14g/dL; Leucócitos 39.700/mm<sup>3</sup>; segmentados 2.770/mm<sup>3</sup>; eosinófilos 6.352/mm<sup>3</sup>; linfócitos 30.172/mm<sup>3</sup>; plaquetas 181.000/mm<sup>3</sup>. Sorologias negativas para HIV, HTLV e hepatites B e C. DHL 759U/L (VR 120-246) e beta-2 microglobulina 2,85 mcg/mL (VR 1,09-2,53). Novo PET-CT evidenciou linfonodos cervicais bilaterais acometendo todos os níveis, medindo até 1,6 x 1,2 cm (SUV= 8,0), axilares bilaterais, medindo até 3,7 x 1,8 cm (SUV= 7,8) e inguinais bilaterais, medindo até 3,5 x 1,8 cm (SUV = 7,2). Imunofenotipagem de sangue periférico revelou contagem absoluta de 28.614/mm<sup>3</sup> linfócitos T monoclonais (97,78%) com expressão de CD2, CD3, CD5, CD25, CD45(forte), CD45RO, CD197, TRBCa/b e TCRVβ 2 (TRBV201) clonal, sem expressão de CD7, CD26 e HLA-DR. Biópsia de linfonodo inguinal direito revelou infiltração por linfócitos com núcleo de tamanho médio a grande, alguns vesiculosos e com nucléolo evidente, dispostos em arranjo difuso, consistente com linfoma de alto grau, positivos para CD3, CD30 (5%), CD2, CD4, PD1 e GATA-3; com Ki-67 70% e EBV negativo. A pesquisa de clonalidade T por eletroforese capilar demonstrou o mesmo clone (fragmento de 176pb e 246pb) na análise de sangue periférico e de biópsia do linfonodo. **Discussão:** Transformação para linfoma de grandes células em micose fungóide (MF) e síndrome de Sézary (SS) pode acontecer em até 10-25% dos casos conforme estágio na apresentação e é um fator de prognóstico reservado, como neste caso, bem como o aumento de DHL e B2-microglobulina. A mediana de tempo para transformação varia na literatura de 1 a 6,5 anos e a mediana de sobrevida global é 19 meses. Foi proposto tratamento com brentuximab vedotin, ciclofosfamida, doxorubicina e prednisona seguido de avaliação para transplante alogênico de medula. Não foi possível a realização de fotoaférese extracorpórea. **Conclusão:** Apesar da transformação para linfoma de grandes células ocorrer em até 25% dos pacientes na evolução da MF/SS, é raro encontrá-la no paciente ainda não tratado. Este caso demonstra a história natural da doença. Deve-se suspeitar de transformação frente ao surgimento de linfonodos com elevada captação no 18F-FDG PET-TC, a qual deve ser confirmada com biópsia e se possível com pesquisa de clonalidade T. A transformação impacta no prognóstico e na escolha do tratamento. **Potencial conflito de interesse:** A autora n° 4 atua como speaker para a Takeda - indústria farmacêutica. O presente trabalho não foi financiado pela indústria. Os demais membros do trabalho não tem conflito de interesses a declarar.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.411>

**Objetivo:** Descrever caso de micose fungóide/síndrome de Sézary, naive de tratamento, com transformação para linfoma de grandes células em linfonodo após longa evolução. **Materiais e métodos (relato de caso):** Masculino, 67 anos, com quadro de eritema e prurido cutâneo difuso há quase 10 anos e piora nos últimos 2 anos. Realizou investigação inicial em outro serviço, com biópsia de pele mostrando infiltrado linfocitário e epidermotropismo, sugestiva de micose fungóide,