

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) consiste na proliferação difusa de células linfoides do tipo B e se manifesta como uma massa tumoral de crescimento rápido em linfonodos ou sítios extra nodais. É o linfoma não Hodgkin mais frequente (30 a 40% dos casos), e atinge geralmente maiores de 60 anos. O diagnóstico baseia-se na análise morfológica dos linfócitos B e na biópsia das estruturas acometidas. **Relato de caso:** Paciente de 53 anos, sexo feminino, diagnosticada com linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) em região maxilar (estadiamento: Ann – Abor IVA / IPI 4 / CNS-IPI 5 alto risco / NCCN-IPI 6) por imunohistoquímica (tipo células B não centro germinativo, índice de proliferação celular de 95%, com expressão para BCL-2 e C-MYC, ausência de BCL-6, CD20 positivo). Foi admitida no pronto atendimento por queda de própria altura prévia ao início de quimioterapia (QT), detectando-se fraturas de diáfise de fêmur esquerdo e úmero direito, com necessidade de osteossíntese cirúrgica. Durante a internação, a paciente evoluiu com síndrome medular com nível sensitivo em T12. A TC de coluna lombar e torácica mostrou lesão lítica permeativa comprometendo a medula do corpo vertebral e elementos posteriores à direita no nível T12. Assim, optou-se pela realização de artrodese e biópsia da lesão. Evoluiu ainda com fratura de rádio e ulna esquerdas, sendo submetida a nova osteossíntese cirúrgica. A TC de crânio mostrou volumosas lesões osteolíticas em osso occipital. Na TC de pescoço foi encontrada uma volumosa lesão sólida, osteodestrutiva, com isocentro maxilar à esquerda, sem plano de clivagem com a musculatura. **Discussão:** Todos os linfomas podem envolver os ossos, como lesão única ou como parte de uma doença disseminada, sendo que tal acometimento corresponde a 7% das malignidades ósseas e 5% dos linfomas extra nodais. Fraturas patológicas (FP) encontram-se entre as possíveis apresentações, ocorrendo em 10-15% dos pacientes com LDGCB ósseo, representando um fator independente de pior prognóstico, de modo que sua correta abordagem se mostra essencial para obtenção de melhores desfechos. Apesar de comuns nos linfomas ósseos primários, FP no esqueleto apendicular são extremamente raras na doença disseminada com envolvimento ósseo secundário. O tratamento cirúrgico das fraturas volta-se para a estabilização, prevenção de futuros acometimentos ósseos e melhor qualidade de vida. Pacientes com FP devem ser tratados como LDGCB nodal, incluindo QT com antraciclina, seguida por radioterapia do osso fraturado. Diante da raridade do caso relatado e do pior prognóstico, esse relato se mostra fundamental para atentar ao envolvimento ósseo no LDGCB e prevenção de complicações futuras.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.162>

O DESAFIO DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DA MICOSE FUNGOIDE

MFCB Valente, KMM Ribeiro, TS Cruz,
LCLE Silva, AA Ferreira, GTC Mayrink, DJ Silva,
CQ Barbosa, V Drumond, PRC Utsch



Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: Os linfomas cutâneos primários são o segundo subtipo mais comum de Linfoma não Hodgkin extranodal, sendo 75% dos casos de células T. A apresentação mais comum é a Micose Fungoide. Devido ao polimorfismo das lesões cutâneas, evolução insidiosa e padrões histológicos diversos, o diagnóstico é difícil e requer achados histopatológicos específicos em pacientes com clínica sugestiva. O objetivo do trabalho é descrever o longo tempo até a conclusão diagnóstica de um caso de Micose Fungoide em acompanhamento no HU UFJF. **Relato de caso:** Paciente de 41 anos, sexo masculino, com lesões dermatológicas disseminadas e pruriginosas desde 2014, com morfologia variada ao longo dos anos e diferentes padrões histológicos em biópsias cutâneas. Biópsia de pele realizada em 2018 evidenciou exocitose de linfócitos formando grupamentos intraepidérmicos com imunofenótipo T na imunohistoquímica (CD3+, CD4+ e CD7 negativo). Na ocasião, foi realizada biópsia de linfonodo inguinal suspeito com achado de linfadenopatia dermopática. Diante da hipótese diagnóstica de Micose Fungoide foram iniciadas sessões de PUVA. Paciente apresentou resposta parcial e não sustentada ao tratamento. Uma nova biópsia de pele foi realizada em 2020 com achado epidermotropismo de linfócitos com irregularidade nuclear e halos perinucleares com formação de microabscessos de Pautrier com leve degeneração da camada basal. O imunofenótipo é de células T (CD3+, CD4+ e perda da expressão de CD7). Tomografias de tórax, abdome e pelve sem alterações. Realizada imunofenotipagem de sangue periférico sem atipias linfocitárias. Com base na classificação TNMB, o paciente se encontrava no estágio IIA. Diante da falha terapêutica com terapia direcionada à pele, foi encaminhado para tratamento sistêmico. **Discussão:** A micose fungoide é o linfoma cutâneo mais comum e tem predominância no sexo masculino, sendo a sexta década de vida a faixa etária mais acometida. A apresentação clínica envolve lesões cutâneas em áreas não fotoexpostas, polimórficas e associada à prurido que compromete a qualidade de vida do paciente. Na fase de placas ocorre infiltrado da derme superficial com epidermotropismo de linfócitos, sendo que aqueles que infiltram a epiderme apresentam mais atipia em comparação aos encontrados na derme. Microabscessos de Pautrier são característicos da doença, porém não são patognômicos. No período pré-micótico, que pode durar de meses a décadas, as lesões cutâneas são inespecíficas e acompanhadas de histopatologia não diagnóstica, o que dificulta o diagnóstico da doença e atrasa o início do tratamento. Os critérios diagnósticos definidos pela EORTC englobam achados clínicos, histopatológicos, imunobiológicos e imunofenotípicos. O estadiamento é baseado no tipo de lesão e na extensão do acometimento cutâneo, envolvimento de linfonodos e vísceras, além do acometimento do sangue periférico. O tratamento é definido pelo estadiamento e pode ser realizado com terapia direcionada à pele, sistêmica ou uma associação de ambas, porém na maioria dos casos a resposta é parcial e não sustentada. O principal fator de prognóstico é o grau do acometimento cutâneo. **Conclusão:** O diagnóstico da Micose fungoide é por muitas vezes desafiador. As lesões

têm evolução indolente e apresentam vários diagnósticos diferenciais. A histopatologia associada a imunofenotipagem são indispensáveis para o diagnóstico. O tratamento deve ser guiado pelo estadiamento TNMB, porém apresenta baixas taxas de sucesso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.163>

O PAPEL DO TRANSPLANTE NOS LINFOMAS DE CÉLULAS T: DADOS PRELIMINARES DO PROJETO T-CELL BRASIL

CS Chiattonne^{a,b}, MT Delamain^c, ECM Miranda^d, J Pereira^e, DLC Farias^f, S Nabhan^g, M Bellesso^h, N Hamerschlagⁱ, N Zing^j, N Castro^k, G Ribeiro^l, RLR Baptista^m, Y Gonzagaⁿ, R Gaiolla^o, A Cordeiro^p, R Schaffel^q, JTD Souto-Filho^r, E Negreiros^s, A Hallack-Neto^t, EFO Ribeiro^u, CC Vilarim^v, CCG Macedo^v, SAB Brasil^b, SKG Mo^a, AD Cunha-Junior^w, P Cury^x, KZ Cecyn^y, G Duffles^d, M Federico^z, CA Souza^{a1}

^a Hospital Samaritano de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^c Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^d Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

^e Laboratório de Investigação Médica em Patogêneses e Terapia Dirigida em Oncologia-Imunoterapia-Hematologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^f A Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), São Paulo, SP, Brasil

^g Departamento de Hematologia, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

^h Instituto Hemomed de Oncologia e Hematologia, São Paulo, SP, Brasil

ⁱ Departamento de Hematologia, Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

^j Hospital Prevent Sênior, São Paulo, SP, Brasil

^k Fundação Pio XII, Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

^l Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^m Serviço de Hematologia, Faculdade de Medicina, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

ⁿ Departamento de Hematologia, Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^o Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

^p AC Camargo Câncer Center, São Paulo, SP, Brasil

^q Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^r Faculdade de Medicina de Campos (FMC), Campos dos Goytacases, RJ, Brasil

^s Hospital de Amor da Amazônia, Fundação Pio XII, Porto Velho, RO, Brasil

^t Departamento de Hematologia e Hemoterapia, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

^u Hospital Santa Lucia, Brasília, DF, Brasil

^v Liga Norte RioGrandense contra o Câncer, Natal, RN, Brasil

^w Clínica de Hematologia e Oncologia, Hospital de Câncer de Cascavel, União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPECCAN), Cascavel, PR, Brasil

^x Clínica São Germano, São Paulo, SP, Brasil

^y Departamento de Oncologia Clínica e Experimental, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^z Universidade de Modena e Reggio Emilia, Modena, Itália

^{a1} Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: O papel da terapia de altas doses (TAD) seguida pelo transplante de células tronco periférico (TCTP) autólogo como consolidação é ainda muito discutido para os pacientes com Linfoma de células T periféricas (LCTP), ou seja, não há consenso atualmente sobre o gerenciamento ideal para o tratamento de primeira linha, principalmente devido ao viés de seleção de pacientes e das amostras pequenas nos estudos. Da mesma forma, com a disponibilidade de novos medicamentos, o uso TAD seguida de TCTP na consolidação ou salvamento deixou de serem as únicas opções disponíveis. Assim, nosso objetivo é descrever e verificar os resultados desses procedimentos e compreender o papel da TAD seguida de TCTP nestes pacientes. **Métodos:** Entre janeiro de 2015 e julho de 2021, 414 pacientes foram registrados por 34 centros brasileiros; destes 374 tinha informação disponível das terapias usadas. Um total de 70 (18.5%) casos foi submetido ao TAD seguido TCTP e este grupo é o foco deste estudo. Sobrevida global (SG) foi calculada a partir da data do diagnóstico até a data da última visita ou data de óbito. A sobrevida livre de progressão (SLP) da data do diagnóstico até data do 1º evento ou última consulta. Para o grupo de salvamento (TCTP-S) foi calculado a SLP considerando a data do TCTP até a data da última consulta ou 1º evento, sendo o evento progressão ou morte. **Resultados:** A mediana de idade dos pacientes transplantados foi de 51 anos (20-75), 37 (53%) sexo masculino, 20% teve performance status > 1; 60% apresentaram sintomas B e 67% teve algum sintoma relacionado à doença. 73% apresentou estadiamento III/IV; 16% dos casos tinham envolvimento extranodal > 1 e 17% tinham doença com bulky; Os subtipos mais frequentes foram 39% Linfoma de células T periféricas não especificado; 28% Linfoma de grandes células T anaplásicas, ALK- e 17% Linfoma

