

levar em consideração que a LMA é um diagnóstico difícil, de grande responsabilidade e relativa urgência, e muitas vezes é um achado inesperado em um hemograma solicitado sem suspeita. Em alguns casos, a morfologia dos blastos e sua progênie podem permitir uma classificação mais apurada. A origem mieloide costuma acompanhar-se de coagulopatia de consumo, com grave e precoce síndrome hemorrágica. Nota-se que o tratamento imediato feito em centros de referência acarretam um prognóstico mais favorável. **Conclusão:** Observa-se, então, que a LMA foi o câncer de medula óssea mais prevalente no Brasil no período de 2009 a 2019. A doença teve uma discreta preferência pelo sexo masculino (1,1:1) e pelos caucasianos em relação aos pardos (1,1:1). O tratamento recebido foi majoritariamente a quimioterapia isolada, sendo que a maioria absoluta não recebeu nenhum tipo de terapia por conta de óbito.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.871>

LINFADENOPATIA DERMATOPÁTICA: UMA CAUSA INCOMUM DE LINFADENOMEGALIA

GM Campos, GB Marinho, LN Fritsch,
LF Oliveira, KM Pereira, IB Rabelo

Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas,
MG, Brasil

Introdução: O aumento de linfonodos periféricos é manifestação comum a inúmeras doenças neoplásicas, autoimunes e inflamatórias. A linfadenopatia dermatopática é uma doença benigna, rara, com incidência mal definida na literatura. Caracteriza-se por hiperplasia de região cortical dos linfonodos e coexiste com algumas doenças dermatológicas e oncológicas. **Relato de caso:** Mulher, 38 anos, procedente de Alfenas sul de Minas, procura consulta especializada no ambulatório de hematologia da UNIFAL-MG com astenia, febre intermitente há dois anos, evoluindo com aparecimento de linfonodomegalias, perda ponderal e hiporexia há quatro meses. Ao exame físico, linfonodos submandibulares, occipitais, axilares e inguinais fibroelásticos, móveis, sem sinais flogísticos, entre 0,5 e 2,0 cm de diâmetro. Ausência de lesões cutâneo-mucosas e articulares. As sorologias para HIV, HCV, HBV e HTLV eram negativas. Ao hemograma anemia discreta normocítica, sem linfocitose. Ausência de alterações em exames complementares. Indicamos a biópsia excisional do maior linfonodo (o cervical anterior superficial) que sugeriu hiperplasia linfóide folicular reacional com focos de linfadenopatia dermatopática sem atipias linfocitárias. O estudo imunohistoquímico revelou população mista de linfócitos B (CD20+) e T (CD3+) em distribuição habitual, com BCL2 negativo e focos de linfadenopatia dermatopática, com presença de pigmento melânico no interior de macrófagos. A paciente mantém seguimento semestral e está assintomática. **Discussão:** Linfadenomegalia generalizada com sintomas B deve ser investigada com cautela; as etiologias mais comumente envolvidas são reumatológicas, linfoproliferativas e inflamatório-infecciosas. O diagnóstico definitivo impõe estudo anátomo-patológico como foi realizado no caso. A linfadenopatia dermatopática é uma das causas incomuns de

linfonodomegalia com hiperplasia de região cortical dos linfonodos. Ocorre devido a presença de células variadas que podem ser identificadas segundo técnica de imuno-histoquímica e presença de melanina no interior dos macrófagos. Tal condição pode ou não estar associada a doenças dermatológicas benignas tais como dermatite atópica e psoríase ou malignas como melanoma e linfoma de Hodgkin. O diagnóstico de linfadenopatia dermatopática é feito através de biópsia excisional dos linfonodos e estudo imunológico que garante a identificação celular. A presença de CD20+ e CD3+ identifica a população de linfócitos B e T respectivamente no interior dos linfonodos hiperplásicos além do pigmento melanocítico. Tanto a clínica quanto as características anátomo-patológicas e imunohistoquímicas descritas na literatura foram compatíveis com as apresentadas pela nossa paciente. Seguiremos com conduta expectante e reavaliações semestrais. **Conclusão:** Os casos de linfadenomegalia generalizada exigem investigação cautelosa. Linfonodos aumentados e crônicos, com perda ponderal, febre e sudorese merecem avaliação anátomo-patológica. No caso de linfadenopatia dermatopática, o seguimento para diagnóstico precoce de condições associadas deve ser realizado periodicamente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.872>

LINFOMA DE GRANDES CÉLULAS B INTRAVASCULAR: UM RELATO DE CASO

EA Nunes^a, GO Lopes^a, GMB Araújo^b,
JO Inacio^a, LF Gonçalves^a, NV Del-Fiacco^a,
TAM Gontijo^a, TM Souza^a

^a Centro Universitário de Patos de Minas (UNIPAM),
Patos de Minas, MG, Brasil

^b Hospital Nossa Senhora de Fátima (HNSF), Patos
de Minas, MG, Brasil

Resumo: Paciente, sexo feminino, 56 anos de idade, encaminhada para o serviço de hematologia devido à queixa de febre baixa diária durante cinco semanas, perda de peso de cinco quilos e astenia. Sem alterações no exame físico, testes laboratoriais, tomografia computadorizada (TC) do tórax, seios nasais e abdome, biópsia de medula óssea e mielograma. Foram prescritos medicamentos sintomáticos e optou-se por observação clínica. Durante este período, a paciente realizou sorologias, endoscopia digestiva alta e ecocardiografia transesofágica que vieram sem alterações. Retornou após duas semanas, mantendo os sinais clínicos e o exame físico normal com um resultado normal de imunofenotipagem. No mês seguinte, a paciente retornou ao serviço apresentando máculas hiperemiadas e telangectasias no dorso e na região abdominal. A biópsia das lesões mostrou: poucos linfócitos perivascularmente superficiais sem repercussão patológica evidente; demodex nos óstios capilares; presença de micobactérias negativas; não foram detectadas imagens de vasculite, amiloidose e/ou linfoma cutâneo; ausência de células suspeitas de malignidade. A análise imuno-histoquímica das lesões revelou: linfoma com proliferação linfóide de grandes células B, formando agregados nos lúmenes capilares, principalmente na hipoderme; imuno-expressão de CD20, CD10, CD5

