

da doença (estadio I). No grupo da população dependente do SUS isso corresponde a 5,7% e entre a população não dependente 7,7% dos casos, valor distante do encontrado em centros europeus. Todavia, a taxa de pacientes com estadiamento avançado, III ou IV, é similar entre os grupos, com 79,5 no serviço privado contra 77,6 no SUS. De todos os casos incluídos no estudo, independente da fonte financiadora, mais da metade (51,5%) dos pacientes já foram diagnosticados em estágio clínico IV da doença. **Discussão:** O diagnóstico do linfoma com sintomas iniciais se torna um desafio e muitas vezes são negligenciadas pelas equipes de atendimento primário/básico. O retardo no diagnóstico, traduz-se em estadiamentos mais avançados, o que diminui a taxa de sucesso, sendo necessário o emprego de terapias mais agressivas ou por mais ciclos, agregando morbimortalidade ao paciente e despesas ao sistema referido. Aqui observamos uma similaridade entre os grupos comparados, fato que podemos atribuir a um acesso a saúde compatível e próximo entre ambas as populações, apesar das sabidas diferenças em terapias disponíveis em determinados subgrupos de linfomas. Os dados são próximos aos do DATA SUS para todo o Brasil, todavia há uma grande parcela de casos com estadiamento incompletos neste sistema. **Conclusão:** Observamos que apesar das sabidas diferenças entre o acesso a saúde de modo geral entre as populações, bem como rapidez em encaminhamentos e a própria percepção de doença por parte dos pacientes, em nossa unidade os dados de estadiamento ao diagnóstico tiveram pequena diferença estatística. Caberia uma avaliação mais ampla para diferenciação por subtipo de linfoma e taxa de resposta as terapias iniciais para uma discussão mais ampla.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.713>

CUTIS LAXA GRANULOMATOSA: RELATO DE CASO DE UM SUBTIPO RARO DE LINFOMA T CUTÂNEO/MICOSE FUNGÓIDE

NVN Carvalho, GAB Bretas, RLR Baptista, CLF Oliveira, FPP Sacre, VHG Natal, CMB Junior, JB Santos, LS Gonçalves, MD Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Os linfomas cutâneos primários de células T são um grupo heterogêneo de neoplasias que se apresentam com acometimento da pele sem evidência de doença extracutânea no diagnóstico. Variam na apresentação clínica, histológica, imunofenotípica e no prognóstico. Dos linfomas T cutâneos, a Micoose Fungóide (MF) representa cerca de 60% dos casos. Além do subtipo clássico, ainda há descrito mais 3 subtipos clínicos: foliculotrópica; reticulose Pagetoide e cutis laxa granulomatosa. **Objetivo:** O objetivo é relatar o caso de um paciente do sexo masculino, 43 anos, previamente hígido, com início, há cerca de 10 anos, de lesão cutânea em região de axila esquerda do tipo estrias hipocrômicas que coalesceram e evoluíram com flacidez cutânea local formando pregueamento em região. Posteriormente outras lesões iniciaram-se em axila direita, virilha e fossa poplitea bilateralmente

evoluindo de forma similar à lesão da axila E. Referia prurido aquagênico intermitente no local, negou quaisquer outros sintomas locais ou sistêmicos. Desde o surgimento das lesões, realizou algumas biópsias de pele inconclusivas além de tratamentos, a maior parte deles a base de corticoide tópico, sem melhora do quadro. Há cerca de 1 ano realizou nova biópsia de região axilar esquerda que demonstrou infiltrado clonal de linfócitos T (CD3+/CD4-/CD8-/CD30-) com células gigantes de perimeio apresentando epidermotropismo e foliculotropismo associado a granuloma, compatível com linfoma T cutâneo subtipo cutis laxa granulomatosa. Veio regulado para o serviço de Hematologia para prosseguimento de investigação e tratamento. **Resultados:** Foram solicitadas sorologias incluindo hepatites B e C, HIV e HTLV, cujos resultados foram todos negativos. Tomografias de estadiamento, incluindo pescoço, tórax, abdome e pelve demonstraram ausência de linfonodomegalias além de PET-TC que não demonstrou lesões metabólicas hipercaptantes. Foi realizado também imunofenotipagem do sangue periférico para pesquisa de células de Sézary que não identificou perfil anômalo compatível. Diante da restrição de acometimento cutâneo paciente foi encaminhado à Dermatologia com proposta de início de psoraleno-UVA. **Discussão:** A formação de granulomas é um achado raro dos linfomas cutâneos primários. Dos linfomas T cutâneos granulomatosos destacam-se a micoose fungóide granulomatosa (MFG), e o subtipo mais raro denominado cutis laxa granulomatosa (CLG). Um artigo publicado em 2015 contabilizou apenas 50 relatos do subtipo CLG na literatura. No caso da CLG, o granuloma formado no tecido pode ser tão extenso que o diagnóstico, mesmo com múltiplas biópsias, torna-se difícil. É comum que o paciente tenha múltiplos laudos histopatológicos com o resultado de dermatite granulomatosa, entidade que possui um amplo leque de diagnósticos diferenciais incluindo doenças como hanseníase e sarcoidose. **Conclusão:** Para que o diagnóstico se faça é necessário então a suspeição clínica e para isso é preciso conhecer a patologia. A apresentação clínica é bastante indolente com uma sobrevida global em 5 anos de 100% e o envolvimento extracutâneo é raro. Não há tratamento padrão. Dentre as terapias empregadas destaca-se o uso do psoraleno-UVA, radioterapia, metotrexato, interferon e bexaroteno. É importante destacar que pacientes com diagnóstico de CLG necessitam de acompanhamento pela vida toda devido ao risco aumentado de segunda neoplasia, sobretudo Linfoma de Hodgkin.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.714>

LINFOMA CUTÂNEO CENTROFOLICULAR: UM RELATO DE CASO

CS Silva^a, GL Oliveira^a, ACFG Ribeiro^a, NC Amaral^a, GA Carvalho^b, VL Oliveira^b, MB Nunes^b, NAHL Silva^b, FL Nogueira^{a,b}, PHFDCL Casas^{a,b}

^a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Hospital Luxemburgo (HL), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: Os linfomas cutâneos são um grupo heterogêneo de linfomas não-Hodgkin extranodais, em que o linfoma cutâneo centrofolicular (PCFCL) é o subtipo mais comum derivado de células B (> 50% dos casos), de bom prognóstico, que se apresenta como uma ou mais pápulas, placas e/ou nódulos eritematosos, com distribuição predominantemente locoregional, preferencialmente pelo tronco, cabeça e pescoço. Relatamos um caso de paciente idoso diagnosticado com PCFCL. **Materiais e métodos:** As informações foram obtidas por meio de entrevista clínica, análise de prontuário e revisão de literatura. O relato do caso foi autorizado pelo paciente por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 75 anos, branco, apresentou lesão ovalada em couro cabeludo, de limites indefinidos e de coloração rosada lateralmente e centro enegrecido, na região parietal posterior direita. Há 7 meses, foi diagnosticado com câncer de próstata, com prostatectomia. Nega diabetes e HAS ou uso de medicações contínuas. Não foram identificadas linfonodomegalias, nem evidência de hepato ou esplenomegalia. Foi realizada TC de crânio, sem evidência de lesão expansiva. Ao estudo 18F-FDG PET/CT foi evidenciado nodulação sólida no subcutâneo da região parietal posterior direita (SUV-max 31,65) e dois nódulos hipermetabólicos sólidos torácicos, em região paraesternal esquerda e retroesternal, compatíveis com doença linfoproliferativa em atividade. À imunohistoquímica, o tumor foi positivo para LCA, CD, CD3, CD10, CD20, BCL-2, CD79 e PAX e negativo para CD15, CD30, Ciclina D1, ALK e Ki67 20%. Em AP de lesão de pele da região craniana, obteve-se resultado de linfoma não-Hodgkin difuso de médias células. O diagnóstico foi linfoma cutâneo centrofolicular primário, tratado com radioterapia. Aguarda-se retorno para avaliação. **Discussão:** O PCFCL afeta, principalmente, adultos a partir da 5ª década de vida, com pequena predominância em homens (3:2). Histologicamente, caracteriza-se por centrócitos e centroblastos na derme, com padrão de crescimento folicular, folicular e difuso ou difuso. À imunohistoquímica, o tumor é positivo para CD19, CD20, CD70a, CD10 e Bcl-6 e negativo para MUM-1/IRF-4, IgM e, frequentemente, Bcl-2. Dentre os diagnósticos diferenciais, destacam-se linfoma folicular (LF), PCDLBCL-LT, PCMZL e hiperplasia linfoide reacional. O diagnóstico de PCFCL envolve anamnese, exame físico, biópsia de pele, hemograma, níveis de LDH e PET/CT para exclusão de envolvimento sistêmico. A terapia de primeira escolha é a radiação em baixas doses, principalmente, em lesões únicas ou em mesmo campo de radiação, cujas taxas de remissão se aproximam de 100%. Em lesões múltiplas, refratárias à radioterapia, recomenda-se o rituximab. O PCFCL tem bom prognóstico, comparado ao LF e ao PCDLBCL-LT, com taxa de sobrevida em 5 anos maior que 95% e de recidiva de 30%. Complicações são incomuns e incluem crescimento lento da lesão e disseminação em cerca de 10% dos casos. Em alguns casos, pode estar associado à progressão para linfoma difuso de células grandes. **Conclusão:** Apesar de raro e com bom prognóstico, o PCFCL pode apresentar algumas complicações graves. Ademais, conta com diagnósticos diferenciais cujos prognósticos são ruins. Portanto, é importante uma abordagem multidisciplinar para acelerar o diagnóstico correto e o adequado tratamento da doença.

LINFOMA T INTESTINAL MONOMÓRFICO EPITELIOTRÓPICO - RELATO DE CASO

FB Patricio, MDC Gonçalves, M Castro,
IS Barbosa, JC Faccin, CC Miranda, ACB Edir,
SK Nabhan

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba,
PR, Brasil

Introdução: O linfoma T Intestinal monomórfico epiteliotrópico é uma condição rara e cujo prognóstico costuma ser sombrio. Anteriormente designado como linfoma T intestinal associado a enteropatia do tipo II, caracteriza-se por não apresentar correlação clínica com a doença celíaca, pelo aspecto monomórfico de suas células e positividade dos marcadores CD3, CD8 e CD56 com negatividade de CD30. **Objetivo:** Este relato objetiva descrever um caso desta entidade incomum. **Relato:** Paciente masculino, 57 anos, sem comorbidades, apresentando quadro de diarreia com 4 meses de evolução, associado a perda ponderal de 25 Kg e quadro de disfagia esofágica. Exames laboratoriais da admissão não mostraram alterações do hemograma e bioquímica. Realizado TC de abdome com sinais de espessamento parietal do cólon. Prosseguiu-se a investigação com avaliação endoscópica, a qual revelou a presença de erosões esofágicas confluentes, bem como a presença de lesões infiltrativas no cólon, violáceas, endurecidas, de bordas irregulares e mal definidas, recobertas por fibrina, ocupando até 50% da luz do órgão. As biópsias de esôfago, duodeno e cólon evidenciaram infiltração por processo linfoproliferativo atípico com epiteliotropismo. A análise imunohistoquímica denotou a marcação de CD3 +, CD20-, CD8 +, CD30-, CD56 +, compatível com o diagnóstico de linfoma T intestinal monomórfico epiteliotrópico. A avaliação medular foi realizada e não apresentou sinais para infiltração de medula óssea. A avaliação por PET CT, por sua vez, evidenciou atividade em linfonodos acima e abaixo do diafragma, e em áreas de espessamento parietal na transição esofagogástrica e cólon com SUV máximo de 15,5. Paciente evoluiu com dor abdominal intensa de rápida evolução antes mesmo de ser iniciado o tratamento quimioterápico. Foi submetido a laparotomia exploradora com sinais de perfuração, sendo realizado colectomia total e ileostomia. A despeito do suporte, evoluiu com choque distributivo refratário com desfecho de óbito na internação. **Discussão:** A literatura denota a raridade deste tipo de linfoma, correspondendo a menos de 5 % dos linfomas relacionados ao trato gastrointestinal. Em geral, acomete pacientes idosos com a média de idade na sexta década de vida, tende a acometer mais homens que mulheres numa proporção de 2:1 e tem uma prevalência maior entre asiáticos e hispânicos. Quanto ao quadro clínico, os pacientes podem apresentar sangramento de trato gastrointestinal, dor abdominal, perda de peso ou ainda quadro de abdome agudo perfurativo. Não há uma terapia padrão para condição, podendo ser necessário quimioterapia, radioterapia ou até abordagem cirúrgica a depender do caso. Em relação ao tratamento quimioterápico, frequentemente se observa na literatura o emprego do esquema CHOEP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposido, prednisona) seguido de transplante autólogo para consolidação. Tal qual no caso descrito, destaca-se a agressividade do linfoma com altas taxas de