

6 ciclos de R-CHOP evoluindo com redução das massas linfonodais e remissão parcial da lesão cutânea no ombro. Dessa forma, foi optado por radioterapia (RDT) apenas na região da lesão cutânea para consolidação do tratamento. Paciente manteve seguimento com a equipe de hematologia e dermatologia e, com seis meses após término da RDT, observou-se resposta completa da lesão tumoral e das linfonodomegalias. **Discussão:** A pele é o segundo órgão extranodal mais envolvido nos LNH, correspondendo a 18% dos casos. Manifesta-se caracteristicamente com pápulas, nódulos e tumores eritematosos, solitários ou agrupados, de tamanho variável, que raramente ulceram. Este paciente manifestou lesão nodular única em ombro, demonstrando certa dificuldade diagnóstica, além de apresentação atípica ulcerada e necrótica. O diagnóstico é realizado por meio de biópsia cutânea com anatomopatológico e imunohistoquímica. A histopatologia mostra um infiltrado nodular ou difuso na derme, geralmente se estendendo para o tecido subcutâneo e contendo uma mistura de centrócitos e centroblastos com padrões de crescimento variáveis. **Conclusão:** Deve-se ter um alto índice de suspeição diante de pacientes com lesões cutâneas de aumento progressivo e características atípicas, para realizar o diagnóstico de LNHDGCB, uma vez que a apresentação inicial pode não vir acompanhada de sintomas B.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.722>

#### RELATO DE CASO: LINFOMA CUTÂNEO DE CÉLULAS T CD8+ AGRESSIVO

LV Calderan, VL Bueno, L Dossin, MFL Pezzi, AH Schuck, TS Hahn, LM Lorenzini, BK Losch, EW Silva, GR Bosi

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

**Introdução:** O linfoma cutâneo primário de células T citotóxicas CD8+ (LCCT CD8) agressivas é um linfoma cutâneo raro caracterizado por proliferação dessas células, com comportamento agressivo e mau prognóstico. Representa menos de 1% de todos os Linfomas cutâneos de células T, acometendo predominantemente adultos. **Objetivos:** Relatar um caso de LCCT CD8 recidivado, tratado no cenário de sistema público. **Relato de caso:** Paciente masculino, 63 anos, hipertenso e ex-etilista é encaminhado por dermatologista ao serviço especializado em hematologia por diagnóstico de LCCT CD8+, tendo CD30 negativo em imunohistoquímica. Apresentava múltiplas máculas e pápulas hiperocrômicas que progrediram para lesões com centro crostoso que haviam iniciado há 5 meses, primeiramente no dorso do pé direito, evoluindo para outras áreas do corpo. Associado a isso, queixava-se de prurido e ardência nas lesões. Não apresentava sintomas B ou linfadenomegalias. Dessa forma, foi indicado tratamento com seis sessões do esquema CHOEP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposídeo e prednisona), com resposta completa ao tratamento. Todavia, seis meses após apresentou lesão no joelho direito, sendo encaminhado para realização de biópsia, a qual confirmou recidiva da doença. Ademais, surgiram lesão crescente na região clavicular

esquerda e na região lombar, todas com as mesmas características inicialmente apresentadas. Desse modo, foi prescrito metotrexato semanal, vinte sessões de radioterapia e encaminhado para consulta com equipe de transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico. Houve remissão completa do quadro e, por ter sido contraindicado o TCTH, optou-se por manter metotrexato enquanto tolerância e resposta clínica. **Discussão:** O LCCT CD8 se manifesta com pápulas ou placas eruptivas, localizadas ou disseminadas, bem como nodulações com ulceração central e necrose. Observa-se que alguns pacientes podem ter um sinal precoce (prodromico) de manchas crônicas antes do desenvolvimento de lesões ulcerativas agressivas. Esse tipo de linfoma apresenta maior propensão de disseminação para vísceras como pulmão, testículo, sistema nervoso central e mucosa oral. Quanto aos achados diagnósticos, a imunohistoquímica costuma se apresentar com CD3+, CD8+, granzyme B+, perforin+, TIA-1+, e, em especial, CD30 negativo, o que diferencia de outros linfomas cutâneos de células T não micose fungóide. No que tange ao tratamento, por ser uma doença rara não há protocolos bem estabelecidos para essa condição, geralmente sendo realizado esquemas poliquimioterápicos como o CHOEP. Existem novas drogas como os inibidores de histona deacetilase (Belinostat/Beleodaq e Romidepsin) e medicações antifolato (Pralatrexato), porém não são disponíveis aos pacientes do sistema público de saúde, o que limita consideravelmente o tratamento de pacientes com doença recidivada. **Conclusão:** Em suma, pacientes com LCCT CD8 possuem um prognóstico reservado, tanto pela agressividade da doença quanto pela falta da disponibilidade de tratamentos no ambiente público. Nestes, estima-se uma sobrevida média de 2 anos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.723>

#### SÍNDROME DE EVANS COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA B DE ALTO GRAU EM LOCALIZAÇÃO ATÍPICA

LGD Paolo, LJM Silva, RS Colombo, AS Ferreira, BR Lima, MFG Severino, B Pavan, LM Moraes, CH Dosualdo, ALJ Silva

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

**Objetivo:** Relatar um caso de Linfoma B de alto grau em localização atípica, com manifestação inicial de anemia hemolítica associada a trombocitopenia imune (Síndrome de Evans). **Métodos:** dados obtidos através de prontuário médico, consentido por paciente, e revisão de literatura. **Relato de caso:** Sexo feminino, 79 anos. Encaminhada ao serviço de referência com diagnóstico presuntivo de dengue, devido achado de trombocitopenia em hemograma. No entanto, sem confirmação sorológica e devido achado de anemia associada a trombocitopenia em exame da admissão, solicitada avaliação da Hematologia para investigação. Paciente apresentava hemograma prévio de 3 meses anteriores à admissão sem alterações. Iniciou clínica de astenia e perda ponderal há 2 meses, sem outros sintomas. Apresentava constipação