

principalmente, das flowcells; demonstrando a integração monoclonal do HTLV-I. Em 2016, o Ministério da Saúde do Brasil publicou um protocolo com a inclusão da Zidovudina (AZT) e interferon-alfa (IFN-alfa) para o tratamento. **Conclusão:** A ATLL apresenta características clínicas semelhantes a outras linfoproliferações crônicas e seu diagnóstico permanece subestimado resultando em diagnóstico tardio e pior prognóstico. Sabendo que a incidência desta neoplasia apresenta relação com a prevalência do HTLV-1, é notória a necessidade da melhor abordagem na detecção precoce e prevenção da transmissão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.127>

LINFOCITOMA CÚTIS LOCALIZADO: RELATO DE CASO

G Cattani, AB Florian, EW Silva, MFL Pezzi,
FM Aguiar, GA Krul, TS Hahn, VM Wendt,
BC Boeira, GR Bosi

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

Introdução: O Linfocitoma Cútis (LC) é uma afecção linfoproliferativa B, que consiste em uma infiltração linfocitária da derme, a qual se traduz na superfície cutânea por nódulo, tumor ou placa. O LC também pode ser chamado de pseudolinfoma de células B, uma vez que pode simular um linfoma de células B tanto na apresentação histológica quanto na clínica. É uma doença rara e geralmente idiopática. Ele pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais comum em adultos jovens, com predileção pelo sexo feminino (3:1). **Objetivo:** Relatar um caso de uma paciente diagnosticada com LC localizado. **Relato de caso:** Paciente feminina, 34 anos, previamente hígida referia surgimento de nodulação, única, em dorso, próxima ao ombro direito, com coloração acastanhada e aumento progressivo leve nos meses seguintes. Negava outros sintomas e não fazia uso de medicamentos contínuos. Realizou exérese da lesão três meses após e o anatomopatológico revelou proliferação linfocitária atípica com formação de centros germinativos e células plasmocitóides e linfocitoides com padrão de infiltração perianexial acometendo até o tecido subcutâneo. Os achados da imunohistoquímica, como CD3, CD20, CD10 e BCL6 positivos no centro germinativo, BCL2 positivo em células T e Ki67 10%, favoreceram o diagnóstico de pseudolinfoma B cutâneo/ LC. Foram realizadas tomografias de tórax e abdome sendo estas normais, como também avaliação de desidrogenase láctica que estava normal e sorologias negativas. Paciente curada pela exérese, recebeu orientações e alta. **Discussão:** O LC está relacionado a uma resposta imune exagerada a antígenos que agem como gatilhos, como por exemplo picadas de insetos, tinta de tatuagem, brincos, vacinas, vírus da Herpes simples e entre outras causas. Normalmente, as lesões se apresentam como lesão única em forma de nódulo ou placa, que podem ser cor da pele, avermelhado, acastanhado ou ainda violáceo, principalmente em face e tórax. O curso clínico da doença é variável, podendo resolver espontaneamente em meses ou anos, sendo que a progressão para um linfoma maligno é



improvável. O diagnóstico do linfocitoma requer biópsia. Na maioria dos casos o histopatológico mostra infiltrados celulares mistos em toda derme, frequentemente com formação de folículos linfóides. Os centros germinativos reativos são geralmente circundados por zonas de manto bem formadas. O tratamento depende do número de lesões, localização, presença de sintomas e identificação da causa. Na prática clínica, geralmente se usa corticosteróides superpotentes tópicos ou intralesionais, e as lesões solitárias podem ser tratadas com excisão cirúrgica. **Conclusão:** Conforme exposto, o LC pode apresentar semelhanças com o linfoma de células B, tanto histologicamente quanto clinicamente, sendo necessário exames anatomopatológicos, de imunohistoquímica e de imagens para confirmar o caso de LC. Tratando-se de uma lesão benigna, a cura foi estabelecida com o procedimento de exérese.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.128>

LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICO: RELATO DE CASO

MA Carneiro, FSD Santos, IO Dias, LC Sudario,
RM Andrade, HM Oliveira

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Paciente de 22 anos, feminina, admitida no pronto atendimento com quadro de febre diária e sintomas constitucionais há 10 dias, sem adenomegalias palpáveis, e sem remissão apesar de antibiótico empírico. Antecedente de Sarcoma de Ewing, tratado em 2014. Rastreio tomográfico inicial evidenciou esplenomegalia heterogênea importante e hepatomegalia difusa. O hemograma mostrou pancitopenia - Hb 9,1; LG 1.800; Plq 18.000. Foi realizada extensa investigação infecciosa, reumatológica e onco-hematológica. Exames laboratoriais com hiperbilirrubinemia, elevação de transaminases, hipertrigliceridemia e hiperferritinemia. Estudo medular com hiperplasia global e algumas células reticulares, sem parasitos. Evoluiu com hiperbilirrubinemia mista grave e foi submetida a biópsia hepática, que evidenciou infiltrado linfoide portal às custas de linfócitos T pequenos; diante dos achados, a possibilidade de HLH não foi excluída, apesar da ausência de hemofagocitose na amostra. Calculado HS score - 80-88% de probabilidade de HLH e, diante disso, iniciada corticoterapia. A paciente manteve pancitopenia e icterícia febril apesar do tratamento. Realizado novo estudo medular, agora com figuras de hemofagocitose no mielograma. Administradas 3 doses de etoposídeo, novamente sem melhora clínica. Diante da refratariedade do quadro, optado por realização de PET-CT Scan, que mostrou linfonodo cervical com SUV aumentado. Realizada biópsia guiada, e a imunohistoquímica do linfonodo foi consistente com linfoma de células T periféricas, HTLV negativo. Iniciada quimioterapia com protocolo DA-EPOCH; a paciente apresentou melhora clínica e laboratorial após primeiro ciclo. Após segundo ciclo, paciente cursou com nova piora clínica, evoluindo a óbito por complicações decorrentes da progressão de doença, a despeito do

