

lesões orais. O acometimento oral nos linfomas é mais comum no subtipo não-Hodgkin difuso de grandes células B e tem diagnóstico dificultado pelo rol de diagnósticos diferenciais possíveis que acometem a cavidade oral, como doenças periodontais e autoimunes, geralmente levando ao uso indiscriminado de antibióticos e glicocorticoides, com isso prolongando o tempo até o diagnóstico. Outra apresentação incomum dos linfomas é a mielofibrose secundária, que pode ter valor prognóstico desfavorável. A origem se dá através de componente reativo mediado por citocinas produzidas pela proliferação clonal, alterando o microambiente da medula óssea. Ainda é incerto se essas alterações de citocinas são patogênicas ou apenas reativas, no entanto, terminam por interferir na matriz de proteínas, angiogênese e osteosclerose.

Relato de caso: Paciente feminina, 61 anos, previamente hipertensa, encaminhada por surgimento de linfonodomegalias com evolução de 2 meses em cadeias cervicais e axilares bilaterais associadas a esplenomegalia e ao surgimento progressivo de lesões orais, ulceradas e dolorosas que levaram à paciente a necessitar de sonda nasointestinal (SNE) para alimentação. Ao hemograma apresentava plaquetopenia discreta (125.000) e leucocitose (83.780) com predomínio neutrofílico, sem basofilia ou blastos. Foi submetida à biópsia excisional de linfonodo cervical, cuja imunohistoquímica revelou linfoma T periférico de alto grau (CD3, CD5 positivos; CD20, PAX5, CD30 e ALK negativos; Ki67 70%) e também submeteu-se a biópsia e aspirado de medula óssea, revelando fibrose grau II, com ausência de mutação JAK-2; transcritos BCR-ABL1 indetectáveis; citogenética 46XX, t(8;13) (q12;p13). As sorologias para doenças com acometimento de mucosa oral, como herpes simplex e citomegalovírus, foram negativas e as lesões orais regrediram após início da terapia com esquema de quimioterapia CHOEP (doxorubicina, etoposídeo, vincristina, prednisona, ciclofosfamida e prednisona). Atualmente paciente em vigência de esquema quimioterápico, com resposta clínica significativa e resolução das lesões orais, permitindo a retirada da SNE. **Conclusão:** Linfomas de células T podem ter uma apresentação clínica variável, sendo as formas atípicas de manifestação um empecilho para o tratamento precoce do paciente, resultado em prejuízo de performance para terapias mais intensivas. Com isso, mostra-se necessário o atendimento conjunto e multidisciplinar, para que outras condições sejam excluídas com rapidez e o tratamento adequado seja instituído o mais precocemente possível.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.175>

LINFOMA DO TECIDO LINFOIDE ASSOCIADO À MUCOSA ISOLADO INTRAVERTEBRAL - UM RELATO DE CASO

GL Costa, B Veroneze, JFC Camargo

Hospital Erasto Gaertner (HEG), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Os Linfomas do tecido linfóide associado a mucosa (MALT) são um subtipo mais indolente dos linfomas B não-Hodgkin e, em sua maioria, são encontrados em mucosas, principalmente a gástrica, raramente surgindo em outros sítios.

Relato de caso: Paciente masculino, 46 anos, jogador de futebol, hígido, com queixa de dor torácica com evolução de 18 meses, bilateral, progressiva, que resultava em despertares noturnos por sua intensidade, sem outros sintomas associados. À ressonância nuclear magnética, lesão expansiva sólida, no interior do canal vertebral ao nível de T5-T6 em situação extradural à direita da linha média medindo $3 \times 1,5 \times 1$ cm, com intenso realce do contraste endovenoso. A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) mostrava captação localizada de SUV máximo de 4,5 na mesma topografia, sem outras lesões com metabolismo suspeito. Paciente foi submetido a laminectomia e o material foi enviado para anátomo-patológico (AP) e imuno-histoquímico (IHQ), mostrando positividade para BCL2, FLI-1, CD45 difuso, Ki67 60%, CD20 e negativo para SOX 11, CD3, CD5, S100, Desmina, WT-1, CD99, Vimentina, Sinaptofisina, CKAE1/AE3, SOX 10, Ciclina D1, CD30, CD10, BCL6, MUM1, CD4, CD8, Tdt, ALK; sugerindo Linfoma da zona marginal extranodal (MALT), confirmado após revisão do caso. Após neurocirurgia, paciente teve melhora do quadro algico e recuperou funcionalidade, tendo realizado PET que demonstrou apenas status de manipulação cirúrgica na região, sem evidência de doença linfoproliferativa em atividade, e segue em acompanhamento. **Conclusão:** O caso reporta a apresentação rara de acometimento do linfoma MALT em região extra-nodal e extra-mucosa. Apesar da apresentação atípica, o paciente teve acesso ao diagnóstico em janela ideal de tratamento, com doença ainda localizada. Devido números limitados de casos descritos, a decisão no tratamento é individualizada, podendo ser restrita apenas à exérese da lesão ou combinação de terapias sistêmicas, como radioterapia e quimioterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.176>

LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T DO ADULTO (ATLL): RELATO DE CASO

MC Silva, MB Carneiro, FC Domingos, JVP Cunha, IA Siqueira, NS Castro, IZ Gonçalves, GF Colli

Fundação Pio XII, Hospital de Amor de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de ATLL. **Relato de caso:** Paciente feminina, 43 anos, hipertensa. Há dezoito meses apresentando linfonodos em região occipital e axilar, associada à leucocitose, febre, sudorese noturna e perda ponderal de 15 kg. Exame físico: linfonodomegalia axilar bilateral de até 1,5 cm, sem visceromegalias ou lesões cutâneas aparentes. Hemograma: Hemoglobina 13,1 d/L, Leucócitos 6990/mm³, Neutrófilos 1678/mm³, Linfócitos 5033/mm³, Plaquetas 123K/mm³. Imunofenotipagem: 64% de células linfóides T anômalas, marcadores positivos para CD2, CD3, CD4, CD5. Ausência de expressão CD7 e CD8 e forte intensidade de CD25. HLA-DR. HTLV I e II positivos, PET-CT: linfonodomegalias infra e supradiaphragmáticas. Confirmado diagnóstico de ATLL tipo crônico e iniciado Zidovudina (AZT) 900 mg/dia + Interferon 5 milhões UI 3 vezes/semana. Evoluiu, 8 meses após, com retorno dos sintomas B, aumento de linfonodomegalias e leucocitose. Iniciada 2ª linha de tratamento com AZT + CHOP (Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina,