

possam ser realizados e que haja melhora no prognóstico e na sobrevida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.687>

MICOSE FUNGOIDE TRANSFORMADA COM ACOMETIMENTO PULMONAR: RELATO DE CASO

CLF Oliveira, LA Nunes, LS Gonçalves,
NVN Carvalho, FPP Sacre, VHG Natal,
ACAA Lima, MC Studart, CA Leite, FF Cassia

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio
de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: Micose fungoide (MF) é o tipo mais comum de linfoma T cutâneo, maior prevalência em mulheres, entre 55 e 60 anos. O envolvimento sistêmico é raro, sendo medula óssea e linfonodos os sítios mais comuns. O objetivo é relatar um caso de MF transformada para linfoma de alto grau com acometimento pulmonar. **Relato de caso:** Mulher, 61 anos, tabagista (68 maços-ano), interna para investigação de lesões cutâneas dolorosas, pruriginosas, eritematosas e infiltrativas esparsas pela face, tumorais em regiões pré e retroauriculares, couro cabeludo e tronco, com início há um ano. Biópsia cutânea evidenciou MF transformada; imuno-histoquímica (IHQ) positiva para CD3, CD4, CD5, MUM1 e CD30 e negativa para CD20, CD8, CD56 com índice proliferativo pelo Ki67 de 50%. Ausência de células de Sèzary na hematoscopia, imuno-fenotipagem de sangue periférico e medula óssea livres de infiltração e sorologias virais negativas, incluindo HTLV-1. Tomografias mostraram opacidade nodular de contornos irregulares medindo 2,2 x 2,5 cm, em segmento basal posterior do pulmão esquerdo e ausência de linfonodomegalias. Biópsia pulmonar negativa para fungos e bacilos, IHQ positiva para CD3, CD2, CD4, CD5, CD25 e CD30, negativa para CD20, CD8, CD68, AE1/AE3 e TTF-1, compartilhando o imuno-fenótipo da lesão cutânea. **Discussão:** MF é um linfoma não Hodgkin de células T maduras indolente, com acometimento cutâneo, porém com potencial envolvimento de sangue, órgãos e linfonodos. As lesões cutâneas variam entre eritema, placas ou tumores, localizadas ou disseminadas. O critério histológico de transformação é a presença de mais de 25% de células grandes no infiltrado tumoral, tornando o prognóstico mais reservado. Não há consenso sobre a causa, estando presentes a ativação de receptor de células T, sinalização alterada de JAK-STAT, alteração epigenética e anormalidade de splicing de RNA, gerando proliferação e acúmulo de células T na pele, com influência no microambiente. Os linfócitos T neoplásicos envolvidos são CD4 positivos, com moléculas de adesão CCR4 e CLA. CD7, CD5 ou CD2 estão reduzidos ou até ausentes. O tipo de tratamento depende do estadiamento da doença, dividido entre estágio inicial (IA-IIA), com terapia direcionada a pele, como radioterapia, fototerapia e corticoesteróide tópico, e avançado (IIB-IVB), com terapia combinada entre direcionada e sistêmica com retinóides, interferons, imunobiológicos ou quimioterapia. No presente trabalho, diante estadiamento de doença

avançada, T3N0M1B0-IVB, foi iniciado tratamento com protocolo CHOEP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposídeo e prednisona) a cada 21 dias. **Conclusão:** A MF é um linfoma de difícil diagnóstico, com envolvimento visceral incomum, sendo o acometimento pulmonar raro. O relato mostra os impactos no prognóstico e no risco de sequelas após o tratamento, causados pela demora diagnóstica, gerando piora importante de qualidade de vida. Diante disto, a MF é um problema de saúde pública, envolvendo capacitação e formação de profissionais médicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.688>

SURGERY FOR PRIMARY DIFFUSE LARGE B-CELL-LYMPHOMA OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM - A CASE REPORT

JOR Cassiano, ACP Silva, CM Freitas,
NN Kloster, SLBG Oliveira, MM Garcia,
LN Chaer, VLP Figueiredo

Serviço de Hematologia, Hospital do Servidor
Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de
Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
(IAMSPE), São Paulo, Brazil

Introduction: Primary central nervous system lymphomas (PCNSL) are rare neoplasms, the most common subtype is diffuse large B-cell lymphoma. The treatment of PCNSL remains a challenge. **Objective:** To present a clinical case of PCNSL in which surgical resection was performed, but early disease relapse occurred. **Case report:** A 64-year-old woman, medical history of rheumatoid arthritis, presented to the HSPE emergency department due to sudden severe headache in the left hemisphere, without focal neurological deficits. Computed tomography (CT) of the brain showed oval intraparenchymal lesions with hemorrhagic component, located in the left temporal lobe, with expansive effect, and in parietal periventricular region on the right side. Complementary magnetic resonance imaging (MRI) of the brain revealed an expansive lesion near the temporal horn of the left lateral ventricle, measuring approximately 1.9 cm, and another lesion in the medial posterior horn of the right lateral ventricle, measuring 1.6 cm. Biopsy of one of the lesions was performed, but 20 days after the procedure, the patient developed motor deficit on the right side and global aphasia, and thus, resection of the left temporal lesion was performed. Histopathological and immunohistochemistry were consistent with DLBCL (CD3 +, CD 20 +, Ki-67 55%, TP53 +). Contrast-enhanced CT scans did not show systemic lymphadenopathy. One month after the resection, there was tumor relapse with the presence of a mass measuring 6 x 3 x 2.8 cm on MRI, located near the surgical cavity margins. Therefore, treatment with Methotrexate (MTX) 3 g/m² associated with Rituximab 375 mg/m² and dexamethasone was chosen. After 13 days of chemotherapy, the patient died. **Discussion:** PCNSL is rare and generally presents aggressive behavior, its involvement is confined to the brain, spinal cord, and/or cerebrospinal fluid; 90% are DLBCL. They are often associated with EBV or HIV infection and also affect transplant patients or those with autoimmune