

imunocomprometidos, principalmente pacientes hematológicos. Podem apresentar febre, sinusopatias, pneumonia e lesões cutâneas em alvo - presentes em mais de 60% dos casos de fusariose invasiva. Em 40% dos casos, o diagnóstico é realizado por hemocultura e em mais de 50% por biópsia cutânea, que precede a positividade da hemocultura. A neutropenia grave é o principal fator prognóstico para o desfecho dessa patologia. O tratamento precisa ser intensivo. Estudos mostraram que a Anfotericina B é eficaz, porém, em alguns casos, tem se mostrado refratária. O voriconazol mostrou-se eficaz e seguro no tratamento de fusariose, além de poder ser associado a Anfotericina B com possibilidade de melhor desfecho, como aconteceu no caso relatado. **Conclusão:** A fusariose disseminada é uma doença com alto índice de mortalidade, acometendo principalmente pacientes imunocomprometidos, em quimioterapia ou pós transplante de medula óssea. O início precoce do tratamento, bem como recuperação neutrofílica são imprescindíveis para um melhor desfecho clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.718>

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM CONCOMITANTE A UMA LEUCEMIA DE GRANDES LINFÓCITOS GRANULARES T: UM RELATO DE CASO

M Krasilchik, PP Giacon, JSR Oliveira

Casa de Saúde Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relato de caso de paciente com Macroglobulinemia de Waldenstrom (MW) e leucemia de grandes linfócitos granulares T (LGL-T) no hospital Santa Marcelina (HSM) em maio de 2023. **Material e métodos:** Estudo observacional transversal retrospectivo pautado em revisão de prontuário e revisão de literatura. Relato: Homem, 59 anos, sem comorbidades prévias, interna no HSM em março de 2023 com quadro de adinamia e dor em membros inferiores há 1 mês. Em hemograma inicial apresentava anemia grave (Hb 4,6 g/dL) hipoproliferativa, normocrômica e normocítica, plaquetopenia e linfócitos de 4.000. Negou sintomas B. Em exames complementares presença de pico monoclonal de 4,08 g/dL em eletroforese de proteínas e dosagem de IgM de 7,419 g/dL. Em relação a sintomas de hiperviscosidade o paciente referiu visão turva e baixa acuidade visual. A imunofenotipagem de sangue periférico mostrou 51,1% de linfócitos T sendo 9,9% CD4 e 40,6% CD8 (CD4/CD8 de 0,24) e, 31,7% com fenótipo “large granular”. O exame de PCR para clonalidade T era positivo. A biópsia de medula óssea revelou processo linfoproliferativo de pequenos linfócitos, padrão de linfoma linfoplasmocitóide/ MW, com 70% de infiltração medular e 20% de plasmócitos clonais. Tratava-se de uma MW associada a uma LGL-T. De acordo com o IPSSWM o paciente obteve 4 pontos e classificou-se como alto risco. O tratamento proposto via SUS foi o esquema R-CVP e ao diagnóstico realizou uma sessão de plasmaférese. **Discussão:** A MW é um tipo raro de linfoma de baixo grau caracterizado pela infiltração da medula óssea por células linfoplasmocitárias clonais

produtoras de imunoglobulina IgM. A LGL-T é um distúrbio linfoproliferativo crônico caracterizado por uma multiplicação clonal de linfócitos grandes granulares T ou NK com um fenótipo citotóxico (CD3, CD8 e CD57). As células LGL comumente podem se expandir em resposta a células tumorais, distúrbios autoimunes ou em infecções e, uma prova de clonalidade T distingue LGL de expansão de LGL reativa. No caso de dificuldade diagnóstica, mutações recorrentes, sendo o STAT3 o gene mutado mais frequente, podem auxiliar na confirmação da clonalidade. Existem poucos relatos sobre a coexistência da LGL-T com doenças de células B, sobretudo com doenças de células plasmocitárias (DCP). Não há disponível nenhuma análise sistemática para determinar a frequência dessa co-associação. Um estudo de 2019 da clínica Mayo avaliou 22 pacientes de 1994 a 2018 com diagnóstico de LGL-T e DCP. Havia 1 paciente com MW e o restante apresentava MGUS, mieloma múltiplo (MM) ou amiloidose. O imunofenótipo da população de células T era típico para LGL-T: CD2, CD3, CD7, CD8, CD16 e CD57. Nesse estudo 4 pacientes com MGUS diagnosticada ao mesmo tempo que a LGL progrediu para MM ou MW, enquanto 2 pacientes com MGUS diagnosticados após a LGL-T não progrediram. Outro estudo de 2009 analisou 63 pacientes com diagnóstico de LGL-T sendo 17 associado a doenças de células B. Ao final do estudo observou-se que nenhum dos pacientes com LGL e MGUS progrediu para MM. Um Estudo americano de 2022 avaliou 26 pacientes com esses diagnósticos e observou que os pacientes tratados para LGL-T resultou na erradicação do clone da DCP em 15% dos casos, incluindo um paciente com mieloma múltiplo que apresentou resposta completa após o início da terapia direcionada a malignidade de células T. **Conclusão:** Devido a baixa incidência dessas doenças em associação pouco se sabe sobre o real significado clínico. É importante analisar em qual momento ocorreu o diagnóstico da LGL-T para concluirmos tratar-se apenas de um antígeno comum que impulsiona células B e T clonais ou, nessa coexistência não casual a expansão clonal da LGL-T representaria uma resposta imune às populações aberrantes de células plasmáticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.719>

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF LMR AND RDW IN PATIENTS WITH DIFFUSE LARGE B CELL LYMPHOMA

CA Assis^a, LM Fogliatto^a, L Damasceno^a, MS Vieira^b, LN Rotta^a

^a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), Porto Alegre, Brazil

^b Laboratório Zanol, Porto Alegre, Brazil

Objective: The lymphocyte monocyte ratio (LMR) and red blood cell distribution width (RDW) are being recognized as useful prognostic tools for patients with Diffuse Large B Cell Lymphoma (DLBCL). **Methodology:** We retrospectively analysed 98 data of DLBCL patients diagnosed between 2008 and 2018 from three hospitals in Porto Alegre/RS/Brazil and collected data from blood count cells and DHL. **Results:** Patients

with LMR ≤ 1.90 were in advanced stage of the disease (Ann Arbor stages III and IV $p = 0.011$), had a high LDH ($p < 0.001$) and age ≤ 60 years ($p = 0.026$). Patients with RDW ≥ 14.25 were in advanced stage of the disease ($p = 0.023$) with these being older (6 years, $p = 0.049$). RDW and LMR showed significant prognostic of overall survival (OS) in univariate ($p = 0.003$ and $p = 0.006$) and multivariate analyses ($p = 0.0018$ and $p = 0.021$), respectively. **Conclusion:** RDW and LMR are important independent prognostic factors. An elevated RDW and a decreased LMR are associated with a bad/worst prognosis in newly diagnosed DLBCL. RDW is the most adverse prognostic factor and could be included prognostic scores for DLBCL.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.720>

RELATO DE CASO: LINFOMA DE GRANDES CÉLULAS ANAPLÁSICO ALK POSITIVO

LV Calderan, VL Bueno, AC Molon, 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 de grandes células anaplásico (LGCA) representa cerca de 11% dos linfomas de células T periférico e 2% dos linfomas não hodgkin. Nestes, 80% apresentam a mutação ALK e, conforme a classificação OMS 2016, a presença ou ausência da mutação ALK configura doenças diferentes. A incidência do LGCA possui pico bimodal, durante a adolescência e aos 60 anos, ocorrendo 3 vezes mais no sexo masculino. **Objetivos:** Relatar um caso de LGCA em um paciente com retrovírose. **Relato de caso:** Paciente masculino, 48 anos, diagnóstico de retrovírose há 20 anos, realizando tratamento regular, mantendo carga viral indetectável e baixos níveis de CD4. Buscou atendimento referindo hipertrofia de tonsilas palatinas e odinofagia, sendo tratado diversas vezes como amigdalite bacteriana, porém sem melhora dos sintomas. Foi realizado estudo tomográfico que evidenciou linfonodomegalias em anel de Waldeyer e região cervical. Dessa forma, optou-se por biopsiar linfonodo em nasofaringe, diagnosticando LGCA em imunohistoquímica com CD30 positivo e Ki 67 de 90%, além de ALK positivo. No momento do diagnóstico, não foi observado envolvimento de medula óssea. A partir de então, iniciou R-DA-EPOCH e logo após o primeiro ciclo o paciente apresentou suboclusão intestinal com lesão em ceco. A lesão foi retirada cirurgicamente e, posteriormente, foi confirmado linfoma. O paciente continuou com o protocolo, culminando em uma redução parcial das linfonodomegalias cervicais, porém a resposta ao tratamento proposto não foi satisfatória. Por esse motivo, optou-se por realizar terapia de resgate com metotrexato em altas doses associado à citarabina. Apesar disso, o paciente evoluiu à óbito após primeiro ciclo da quimioterapia de resgate. **Discussão:** Não existem grandes estudos que identifiquem fatores de risco para LGCA, todavia, alguns autores mostram sua correlação com a infecção pelo HIV, principalmente com o subtipo ALK negativo. Esse linfoma costuma se apresentar com um quadro rapidamente progressivo, linfonodomegalias

periféricas e/ou retroperitoneais, além de febre, perda de peso e sudorese noturna. Ao diagnóstico, 2/3 se apresentam em estágio III ou IV de Ann Arbor. O envolvimento extranodal é frequente, ocorrendo principalmente para pele, fígado, ossos e sistema nervoso central. No que se refere ao tratamento do LGCA, na presença CD30 positivo, alguns autores indicam o uso de brentuximab-vedotin (BV) associado à doxorubicina, ciclofosfamida e prednisona. Contudo, devido à dificuldade de acesso ao BV, costuma ser reservado para doenças refratárias/recidivadas. Já nos pacientes com CD30 negativo, o esquema inicial pode ser com CHOP ou CHOEP, reservando os inibidores de histona deacetilase (Belinostat/Beleodaq e Romidepsin) e medicações antifolato (Pralatrexato) como terapêutica de segunda linha. **Conclusão:** Em suma, a sobrevida global em 5 anos dos pacientes com LGCA ALK positivo é superior aos ALK negativos, 93% contra 37%, respectivamente. Entretanto, a expressão da proteína ALK não é o único fator prognóstico, devendo ser considerada outras condições como idade, o international prognostic index (IPI) e comorbidades clínicas prévias ou decorrentes do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.721>

LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM TUMOR CUTÂNEO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL

GA Moreira^{a,b}, AMF Andrade^{a,b}, G Steffenello^{a,b}, EA Beteille^{a,b}, AOM Wagner^{a,b}, MR Oliveira^{a,b}, AG Vieira^{a,b}, BV Dias^{a,b}, JAGD Moral^{a,b}, GB Justino^{a,b}

^a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

^b Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: O linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB) pode se manifestar como doença linfonodal primária ou em sítios extranodais, como o trato gastrointestinal, medula óssea e tecido cutâneo. As lesões cutâneas podem ser primárias ou secundárias, acometendo principalmente membros e face. Tumores, nódulos subcutâneos, lesões papulares ou placas endurecidas são as lesões mais observadas. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente com LNHDGCB com apresentação inicial cutânea e sistêmica. **Relato de caso:** Masculino, 45 anos, com história de lesão tumoral em ombro esquerdo, de crescimento progressivo nos últimos 6 meses, com aproximadamente 20 cm de tamanho ao diagnóstico, acompanhado de linfonodomegalia cervical indolor, sem presença de sintomas B. Apresentou sorologias negativas e exame anatomopatológico da lesão cutânea, confirmou LNHDGCB. As tomografias de estadiamento demonstraram acometimento sistêmico, com linfonodomegalia mediastinal, medindo cerca 2,1x1,5cm; esplenomegalia com múltiplas lesões mal definidas, a maior medindo 14,5x8,5cm; múltiplas linfonodomegalias formando conglomerado, peri-celíaco e para-aórtico, a maior medindo 6,0 x 3,7cm. Diante do diagnóstico o paciente foi submetido a