

alogênico. **Conclusão:** O acometimento cutâneo pelo ATL é frequente podendo representar o primeiro sinal clínico da doença. Nos subtipos o crônico e smoldering, predominam manifestações cutâneas de padrão não infiltrativo, como patches, placas e pápulas. A apresentação das lesões nesse caso chama a atenção por divergirem das habitualmente relatadas e pela evolução para necrose e amputação, sendo importante diagnóstico diferencial com vasculites primárias ou secundárias à doença linfoproliferativa. No caso, foram afastadas doenças imunes e confirmada infiltração cutânea por células neoplásicas. O ATL é uma doença rara e de difícil manejo clínico, com prognóstico desfavorável. A descrição de manifestações atípicas como a relatada no presente trabalho contribuem para chamar a atenção na investigação dessa patologia, auxiliando no diagnóstico e tratamento precoces.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104769>

ID - 2066

MICOSE FUNGÓIDE FOLICULOTRÓPICA – RELATO DE CASO COM EVOLUÇÃO SISTÊMICA

LL Luz, KC Seixas, GT Santoro, MM Carnaval,
GPM Franco, JNB Souza, JR Assis, AFC Vecina,
MA Gonçalves, MG Cliquet

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-
SP), SECONCI-SP, Sorocaba, SP, Brasil

Introdução: A micose fungoide (MF) é o linfoma cutâneo de células T mais frequente, correspondendo a cerca de 50% dos linfomas cutâneos primários. É uma neoplasia indolente originada de linfócitos T CD4+ com tropismo cutâneo, acometendo principalmente adultos entre 50 e 60 anos. A variante foliculotrópica, presente em aproximadamente 5% dos casos, tem curso mais agressivo, com predileção por folículos pilosos, prurido intenso e lesões infiltrativas. O diagnóstico requer correlação clínico-patológica e exame histopatológico com imunohistoquímica, que demonstra epidermotropismo, atípicas linfocitárias e perda de marcadores como CD7. O estadiamento segue a classificação TNMB e o tratamento varia conforme a gravidade, podendo incluir terapias tópicas, fototerapia e quimioterapia sistêmica. **Objetivo:** Relatar um caso de micose fungoide foliculotrópica com apresentação exuberante e evolução sistêmica, destacando os desafios terapêuticos enfrentados. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 61 anos, encaminhado de outro serviço (Dermatologia) para acompanhamento na Hematologia por diagnóstico (biópsia de pele) de linfoma não-hodgkin de imunofenótipo T, associado a epidermotropismo, folículo tropismo e mucinose folicular, apoiando a hipótese de micose fungoide (MF). Em uso contínuo de Rivotril, Pregabalina, Prednisona, Bactrim e Paracetamol. Apresenta exames: KI67 40%, LDH 533, perda de expressão de 90% do CD 7, linfonodomegalias axilares e inguinais bilaterais, prurido excessivo em corpo todo com prejuízo do sono, edema facial, ganho ponderal e com sintomas em franca progressão. Sem melhora com medicamentos em uso ou antialérgicos. Veio encaminhado, já recebendo Metotrexato 15 mg, 1 vez por semana. Evoluiu com melhora do sono e prurido, mas com presença de infiltrado nodular, junto a

processo inflamatório em face. Pela progressão em face, foi suspenso o Metotrexato e prescrito esquema com Gencitabina 1000 mg/m² a cada 15 dias, por 6 ciclos. Durante o tratamento quimioterápico, paciente apresentou melhora de edema e prurido, desaparecimento de linfonodos, além de redução completa das lesões faciais, mas persistindo o prurido. Não houve toxicidade importante ao uso da Gencitabina, nem mesmo hematológica. **Conclusão:** A micose fungoide foliculotrópica é uma forma rara e mais agressiva da MF, com envolvimento preferencial dos folículos e prurido intenso. O diagnóstico exige biópsia de pele e imunofenotipagem, evidenciando linfócitos CD4+ e perda de marcadores como CD7. O paciente relatado apresentava lesões cutâneas infiltrativas extensas (estágio T3) e linfadenomegalia (N3), sendo tratado com quimioterapia sistêmica, com excelente resposta clínica. O caso ressalta a importância do estadiamento preciso e do seguimento multidisciplinar contínuo para o manejo adequado de formas avançadas dessa variante, além de mostrar resposta satisfatória ao uso de Gencitabina em monoterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104770>

ID - 3392

MICOSE FUNGÓIDE REFRATÁRIA A MÚLTIPLAS LINHAS E COM BOA EVOLUÇÃO PÓS REEXPOSIÇÃO A GENCITABINA: RELATO DE CASO

BG Campello^a, CCdL Silva^a, J Severo^a,
LGdF Lima^a, TR Evangelista^a, MCDdM Cahu^a,
IHL Ramos^a, VECB Dantas^a, MP Cesar^a,
MFH Costa^b

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando
Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),
Recife, PE, Brasil

Introdução: A Micose Fungóide (MF) é um tipo de linfoma cutâneo de células T (LCCT), classificado no espectro de linfomas não Hodgkin. Abrange diversas formas clínicas, e é responsável por cerca de 60% dos LCCT. Em geral, sua apresentação inclui lesões cutâneas persistentes, lentamente progressivas, de tamanho e forma variados, associadas a prurido, infecções oportunistas, alopecia e, mais raramente, acometimento visceral. **Descrição do caso:** Mulher, 51 anos, iniciou quadro de lesão eritematosa, sem descamação ou prurido associado, em cotovelo esquerdo, que evoluiu rapidamente para ulceração com necrose tecidual e edema em braço esquerdo, sendo encaminhada para investigação. Negava quaisquer sintomas sistêmicos e as tomografias não demonstraram nenhum acometimento visceral. À admissão, foram realizadas biópsias de pele, que demonstraram o seguinte perfil imunohistoquímico positivo: LCA-CD45, CD3, CD5, CD7, CD8, com relação CD4:CD8 na proporção de 6:1, e CD30 negativo. Dessa forma, foi optado pela realização de esquema com fototerapia (PUVA), 3 vezes por semana durante cerca de 1 mês e meio. Contudo, foram flagradas novas lesões em coxas, dorso e hemiface esquerda e, dessa forma, iniciado esquema quimioterápico

CHOP. A paciente fez 4 ciclos e, ao final, internou-se por febre e infecção secundária de pele, além de progressão de lesão em coxa direita e nádegas, cursando com nodulações e placas descamativas. Dessa forma, foi realizado antimicrobiano. Como não dispusemos de interferon alfa por falta no mercado, foram realizadas diversas sessões de radioterapia, com melhora parcial das lesões. Concomitante, houve a primeira tentativa de exposição da paciente a gencitabina, mas antes do segundo ciclo, houve nova intercorrência infecciosa com necessidade de hospitalização em UTI. Após melhora, foi optado pelo seguimento com radioterapia e tentativa de uso do metotrexato. Contudo, a paciente evoluiu com aplasia medular, piora das lesões e o medicamento foi suspenso. Após resolução, foi associada isotretinoína à radioterapia. Em vigência desta última, a paciente teve boa resposta em relação à pele, mas não tolerou a xerostomia e os efeitos gastrointestinais associados. Por fim, foi optado pela reintrodução da gencitabina e a paciente tem evoluído com boa resposta em relação à pele, bem como, redução de lesões supurativas e segue sem envolvimento extra cutâneo. **Conclusão:** Os linfomas cutâneos T são doenças raras, heterogêneas, com característica comum de refratariedade às terapias sistêmicas e remissões de curta duração. A MF é um subtipo de linfoma cutâneo T que expressa frequentemente CD30, sua evolução é indolente e marcada por surgimento de lesões tipo placas que persistem por anos. Neste relato, além da evolução e progressão terem um curso mais agressivo do que o habitual, a paciente não apresentava CD30 positivo, impossibilitando uso de drogas alvo como tratamento. Ainda, apesar do polimorfismo das lesões e da gravidade das infecções, nunca houve progressão extra cutânea, o que torna todo o quadro clínico raro e com poucos relatos na literatura.

Referências:

Hodak E, Amitay-Laish I. Variants of mycosis fungoides. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2021.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Primary Cutaneous Lymphomas. Version 3.2025. Plymouth Meeting, PA: NCCN; 2025. Available from: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/primary_cutaneous.pdf

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104771>

ID - 3305

MICOSE FUNGOIDE TRANSFORMADA EM PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

L Ribeiro de Matos, NJ Kzan de Souza Neto, L Viza Fonseca, P Martinho Resende, C Leme de Moura Pereira, C Perrone Marques, CC Pellegrino Feres, G Fleury Perini, J Dall Agnol da Rocha, N Hamerschlak

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Micose Fungoide (MF) é o tipo mais comum de linfoma cutâneo de células T, geralmente com curso indolente. Sua transformação para grandes células (TGC) está associada a uma progressão da doença e pior prognóstico.

Apresentamos um raro caso de MF eritrodérmica com TGC em um paciente transplantado renal, destacando os desafios no diagnóstico diferencial e a dificuldade de manejo relacionada à sua disfunção renal. **Descrição do caso:** Paciente sexo masculino, com transplante renal há 15 anos em uso de tacrolimus e internação recente por lesões cutâneas disseminadas atribuídas a HSV-1 e infecção de corrente sanguínea por *Staphylococcus aureus*. Após a alta, evolui com piora significativa das lesões cutâneas, que se tornaram mais extensas, eritrodérmicas, secretivas e dolorosas. Diante da refratariedade ao tratamento inicial e da apresentação atípica, optou-se por biópsias de pele que revelaram hiperplasia psoriasiforme, epidermotropismo com microabscessos de Pautrier, infiltrado linfocitário liquenoide e sinais de transformação de grandes células, com mais de 10% de linfócitos atípicos de grande tamanho na derme. O estudo imuno-histoquímico foi positivo para CD3, CD4, CD5, CD7, CD8, CD25 e CD30, com uma relação CD4:CD8 de 3:1 e negativo para CD2, CD20 e CD56. A imunofenotipagem de sangue periférico não demonstrou envolvimento leucêmico e estadiamento com PET-CT não demonstrou doença extracutânea. Com base nos achados, foi firmado o diagnóstico de MF transformada (CD30+), estágio T4 (eritroderma). Optado inicialmente por terapia com feixe total de elétrons na Pele (TSEBT). **Conclusão:** Neoplasias associadas à imunodeficiência/desregulação imune (IDD) vão além do espectro clássico de PTLTD e incluem raros linfomas de células T/NK, que, na maioria dos relatos, são EBV-negativos. A MF é uma forma rara de linfoma pós-transplante e seu diagnóstico em pacientes imunossuprimidos é ainda mais desafiador, tendo em vista a maior variedade de diagnósticos diferenciais, como quadros infecciosos e inflamatórios, e a possibilidade de apresentação clínica atípica. Este caso ressalta a importância de manter um alto índice de suspeita para malignidade em pacientes imunossuprimidos com dermatoses atípicas ou refratárias e baixo limiar para investigação com biópsia cutânea. A TGC muda drasticamente o prognóstico e a abordagem terapêutica, com as diretrizes da NCCN recomendando terapias sistêmicas, porém a decisão deve ser individualizada, ponderando a agressividade da doença e os alvos moleculares disponíveis, além das comorbidades e à potencial toxicidade do tratamento. Os regimes preferidos para esta condição incluem brentuximabe vedotin, gencitabina, doxorubicina lipossomal, pralatrexato e romidepsina, no entanto, diante da disfunção renal crônica do paciente e sua fragilidade, foi optado pela utilização de TSEBT com a dose de 12 Gy, com melhora no aspecto das lesões e na sintomatologia do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104772>

ID - 2877

MIODESÓPSIAS COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B (LDGCB) PRIMÁRIO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL: RELATO DE CASO

MG Chaves^a, FCL Nunes^b, EB Rodrigues^c, LV Bittencourt^c, RR Pereira^c, AC Gentili^d, AC Campioli^a, L Esmeraldino^a