

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 PTLT 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, gemcitabina, 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

^a Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON), Florianópolis, SC, Brasil

^b Viver Clínica Médica, Florianópolis, SC, Brasil

^c Visium Clínica de Oftalmologia, Florianópolis, SC, Brasil

^d Laboratório Imunocore, Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: O LDGCB primário do sistema nervoso central (SNC) é uma neoplasia rara, agressiva e de difícil diagnóstico, sobretudo quando se apresenta com sintomas oftalmológicos isolados. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 64 anos, hipertensa, pré-diabética, com histórico de correção de catarata e vitrectomia em 2021. Em março de 2024, iniciou com miodesópsias. Evoluiu com cefaleia frontal, déficit de memória e sudorese noturna. Retinografia (25/11/2024) evidenciou turvação vítrea, infiltrados retinianos e atrofia retinocoroidiana em olho direito (OD); olho esquerdo (OE) com leve turvação. Tomografia de coerência óptica (29/10/2024) demonstrou nodularidade na retina externa e pequenos descolamentos do epitélio pigmentar (OD), além de celularidade vítrea (OE). Ressonância magnética (RM) de crânio sem alterações, nesta ocasião. Líquor (21/11/2024) com bioquímica sem alterações e imunofenotipagem com monócitos e linfócitos maduros, sem alterações fenotípicas. Em fevereiro de 2025, evolui com vertigem que motivou busca ao hospital, quando realizou RM encefálica que revelou lesão expansiva no hemisfério cerebelar esquerdo, medindo $3,4 \times 2,5 \times 2,2$ cm, com restrição à difusão, realce homogêneo e edema vasogênico. Ressecada cirurgicamente em 17/02/2025. Anatomopatológico confirmou LDGCB com perfil de células B ativadas (MUM1+, CD10–, Ki67 90%). PET-CT mostrou foco hipermetabólico na fossa posterior esquerda (1 cm, SUV 37,9). Iniciado protocolo R-MV (rituximabe, metotrexato e vincristina) associado a MADIT em ciclos ímpares e aplicação intraocular de Rituximabe e Metotrexate. Após o 3º ciclo, PET-CT demonstrou redução de captação no cerebelo (SUV 12). Após o 6º ciclo, RM evidenciou resposta completa. Paciente evoluiu com resolução dos sintomas visuais e encontra-se internada para transplante autólogo de medula óssea. Miodesópsias são queixas visuais frequentes e inespecíficas, conhecidas popularmente por “moscas volantes”, mas raramente associadas a neoplasias do SNC. Neste caso, a suspeita inicial foi levantada após avaliação oftalmológica detalhada, com achados sugestivos de infiltração retinovátreia. A ausência de alterações no líquido destacou a importância da RM e biópsia para diagnóstico definitivo. A rápida introdução de esquema quimioimunoterápico foi determinante para obtenção de resposta completa. Este caso evidencia a importância do olhar atento do especialista e da abordagem multidisciplinar para diagnóstico precoce e tratamento eficaz em neoplasias do SNC com apresentação atípica. **Conclusão:** Miodesópsias como manifestação inicial de LDGCB primário de SNC são raras e desafiadoras. A avaliação integrada entre oftalmologia, neurocirurgia e hematologia, associada ao tratamento precoce, foi essencial para o bom desfecho. O transplante autólogo surge como etapa decisiva na consolidação terapêutica.

ID - 3285

O PAPEL DA BIOLOGIA MOLECULAR NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LINFOMA EBV-POSITIVO: UM RELATO DE CASO

LV Fonseca, WKP Barros, RS Kojima, LR de Matos, NJ Kzan de Souza Neto, TS Datoguia, JA Barbosa, LGF Cortes, PV Campreghner, N Hamerschlak

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Linfomas não-Hodgkin (LNH) associados ao vírus Epstein-Barr (EBV) constituem um grupo heterogêneo de neoplasias linfóides com grande diversidade clínico-patológica. O diagnóstico e a classificação desses linfomas podem ser desafiadores, exigindo uma abordagem integrada que associe dados clínicos, histopatológicos e moleculares. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 45 anos, com quadro de dor e aumento de volume cervical, sem sintomas B. Inicialmente avaliado por cirurgião de cabeça e pescoço, que solicitou exame de imagem, o qual confirmou linfonodomegalia cervical. Realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF) com citometria de fluxo revelando população linfóide clonal com expressão de CD19, CD38, CD45, HLA-DR e CD81 em elevada intensidade, além de CD27 e cadeia leve kappa intracitoplasmática. Realizada, posteriormente, biópsia linfonodal, cujo anatomopatológico evidenciou processo linfoproliferativo com imunohistoquímica positiva para MUM1, CD138 (focal) e Ciclina D1 (raras células), e negativa para CD3, ALK1 e HHV8. O índice proliferativo (Ki-67) foi de 60-70% e a hibridização in situ para EBV (EBER) foi positiva. O PET-CT revelou linfonodomegalias em cadeias cervicais, axilares, hilares, mediastinais, retrocraurais, retroperitoneais, ilíacas, inguinais e femorais, com SUV máximo de até 37,1. O aspirado e a biópsia de medula óssea também evidenciaram infiltração por processo linfoproliferativo EBV-positivo. A pesquisa por FISH não detectou alterações nas regiões genéticas avaliadas, como CDKN2C, CKS1B, TP53, FGFR3 e IGH. Para auxiliar na classificação e no plano terapêutico, foi realizada uma análise genômica abrangente por sequenciamento de nova geração (NGS), que revelou alterações oncogênicas nos genes B2M, CD58 e TNFRSF14. Ressalta-se que não foram detectadas alterações genéticas classicamente associadas ao linfoma plasmablastico, hipótese diagnóstica inicial que havia motivado o início de terapia com V-R-da-EPOCH, tais como alterações nas vias de sinalização MYC, JAK-STAT, RAS-MAPK, NF- κ B ou em genes como TET-2 e TP53. **Conclusão:** O principal diagnóstico diferencial deste caso foi o linfoma plasmablastico diante dos marcadores que apontavam para uma diferenciação plasmocitóide. Contudo, o comportamento da doença e a ausência de alterações genéticas características dessa entidade foi determinante para sua exclusão. As mutações em B2M e CD58 sugerem mecanismos de evasão imune descritos em alguns subtipos de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) EBV-positivos, relacionados à perda de moléculas essenciais para o reconhecimento por células T.