

inflamatórios também podem cursar com hipercaptação, simulando neoplasias. Este relato descreve dois casos de linfadenomegalia secundária à toxoplasmose aguda, cujos achados clínicos e de imagem sugeriam linfoma. **Descrição do caso:** O primeiro caso refere-se a uma paciente do sexo feminino, de 55 anos, com febre diária e linfadenomegalia generalizada havia cerca de dois meses. O FDG-PET/CT evidenciou múltiplos linfonodos supra e infradiafragmáticos (cadeias occipitais, intraparietais, retrofaríngea, cervicais e axilares bilaterais) com hipercaptação intensa (SUVmáx até 12,5; diâmetro de até 36 mm em axilar direita), esplenomegalia discreta com aumento difuso do metabolismo glicolítico e inversão do padrão hepatoesplênico (SUVmáx 5,4; índice esplênico 627), sugerindo doença linfoproliferativa. A biópsia excisional de linfonodo axilar revelou hiperplasia folicular e presença de células B ativadas CD30+, sem critérios diagnósticos para linfoma. Sorologia para *Toxoplasma gondii* evidenciou IgM positiva, confirmando infecção aguda. O diagnóstico final foi de linfadenite reacional por toxoplasmose. O segundo caso envolve paciente do sexo feminino, de 41 anos, investigada por linfadenomegalia generalizada suspeita para doença linfoproliferativa. O FDG-PET/CT demonstrou hipermetabolismo nas tonsilas palatinas (SUVmáx 11,7) e em múltiplos linfonodos supra e infradiafragmáticos (SUVmáx 5,3 a 11,9), além de discreto aumento da atividade glicolítica na medula óssea (SUVmáx 6,0). Os exames laboratoriais mostraram elevação de marcadores inflamatórios (VHS e PCR), aumento de enzimas hepáticas (AST, ALT e GGT) e hipergamaglobulinemia policlonal na eletroforese de proteínas. Sorologias para toxoplasmose evidenciaram altos níveis de IgM e IgG, compatíveis com infecção aguda. O quadro foi interpretado como linfadenite reacional por toxoplasmose. **Conclusão:** O FDG-PET/CT é uma ferramenta essencial para o estadiamento de doenças linfoproliferativas, ao identificar áreas de hipermetabolismo celular por meio da captação do radiofármaco 18-FDG. No entanto, sua especificidade é limitada, uma vez que processos infecciosos e inflamatórios, como a toxoplasmose, também podem cursar com captação aumentada, produzindo resultados falso-positivos e mimetizando neoplasias. Os casos apresentados evidenciam esse desafio diagnóstico, nos quais achados sugestivos de linfoma refletiam, na realidade, uma resposta inflamatória à infecção pela toxoplasmose. Em regiões tropicais de alta prevalência, a toxoplasmose deve ser incluída sistematicamente no diagnóstico diferencial da linfadenomegalia hipermetabólica. A correlação criteriosa entre dados clínicos, sorológicos e histopatológicos é imprescindível para evitar condutas desnecessárias, especialmente investigações e procedimentos invasivos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105416>

ID – 3111

**LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICAS
PRIMÁRIO CUTÂNEO, TCR- SILENCIOSO, COM
ACOMETIMENTO CUTÂNEO EXTENSO:
RELATO DE CASO**

MB Araújo^a, PH Meyer^a, IV Dalri^a, MT Leme^a,
NC Lauxen^a, S Dobner^b, MA Sauer^c,
BS Pereira^c, GS Bublitz^d, MP Lacerda^a

^a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE),
Joinville, SC, Brasil

^b Centro de Hematologia e Oncologia (CHO),
Joinville, SC, Brasil

^c Hospital Municipal São José (HMSJ), Joinville, SC,
Brasil

^d Centro de Diagnósticos Anátomo-Patológicos
(CEDAP), Joinville, SC, Brasil

Introdução: Representando aproximadamente 10% dos linfomas não-Hodgkin, o Linfoma de Células T Periféricas (LCTP) é um grupo heterogêneo de neoplasias com acometimento extranodal frequente. A forma Primária Cutânea (LCTP-PC) é uma apresentação rara, que costuma ter curso agressivo com distribuição localizada ou disseminada. Costuma afetar homens (relação 3:1) na sexta década de vida, e possui prognóstico desfavorável, com mediana de sobrevida entre 2 e 5 anos. Seu diagnóstico diferencial requer a exclusão de outros linfomas cutâneos, entre eles o linfoma primário cutâneo T gama-delta. Aqui, reportamos o caso de um paciente com LCTP-PC com Receptor de Célula T (TCR) silencioso. **Descrição do caso:** Homem, 68 anos, tabagista ativo, sem comorbidades, relatava lesões cutâneas violáceas, com formação de placas e ulceração rasa, em tronco e membros, com aparecimento gradual ao longo de 4 meses. Procurou atendimento em janeiro de 2025, com febre, astenia, perda de peso não quantificada, e acometimento de 60% da superfície corporal, com tronco, membros e face apresentando lesões confluentes, crostosas, com sinais de infecção secundária. Foi submetido a biópsia das lesões. A avaliação revelou neoplasia composta por linfócitos difusamente infiltrando a derme, com positividade no estudo imuno-histoquímico para CD3, Granzima B, CD2 e CD7 sendo negativo para CD4 e CD8, marcadores de células T helper folicular, assim como TCR-beta e TCR- delta. O teste de hibridização “in situ” para EBV (EBER) também foi negativo. Hemograma sem citopenias ou linfocitose, sorologias negativas, tomografia de estadiamento com linfonodos retroperitoneais e torácicos de até 2 cm, sem hepatoesplenomegalia. Iniciado antibiótico empírico, corticoterapia, e após melhora dos sintomas infecciosos, iniciou o primeiro ciclo de quimioterapia (CHOEP), com alta hospitalar após 52 dias de internação, com cuidados suportivos para lesões de pele. Após 6 ciclos de CHOEP, apresentou resolução de lesões de pele, em aspecto cicatricial, sem acometimento adicional pela doença e PET-CT negativo. **Conclusão:** A resposta observada à quimioterapia, antibioticoterapia e medidas de suporte representa importante ganho na qualidade e expectativa de vida do paciente, em que pese deverá ter seguimento ambulatorial próximo, considerando o risco de recidiva associado ao LCTP. Este caso demonstra a necessidade de diagnóstico precoce e manejo multiprofissional em doenças linfoproliferativas, sobretudo em formas cutâneas extensas, e reforça a necessidade de estudos adicionais para melhor estratificação dos LCTP e aprimoramento das opções de tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105417>