

tratamento. **Discussão:** A Linfocitose Hemofagocítica (HLH) é uma síndrome patológica de hiperativação imune, inicialmente descrita em pediatria como uma desordem familiar. Mais tarde, foi evidenciado que este fenômeno pode estar associado a infecções, neoplasias ou doenças reumatológicas. Por se tratar de distúrbio raro, com apresentação variada e achados não específicos, torna-se um diagnóstico desafiador. Comumente, os pacientes cursam com febre recorrente, citopenias e disfunção hepática, podendo progredir rapidamente para falência orgânica. Muitos adultos apresentam a tríade febre, bicitopenia e esplenomegalia, como no caso descrito acima. Deste modo, torna-se necessária avaliação clínica e laboratorial minuciosa para correto diagnóstico. A HLH primária é rara em adultos, e o linfoma como causa secundária pode ser difícil de ser detectado. Por isso, a realização de PET-CT Scan, e amostras histológicas seriadas podem ser necessárias para o diagnóstico. Em adultos, cerca de 40 a 70% dos casos de HLH são secundários à malignidade. Semelhante ao descrito, a infiltração por linfócitos reativos pode mascarar o diagnóstico de linfoma, e a discussão interdisciplinar é importante para o diagnóstico. O tratamento é baseado no controle da HLH, e tratamento da causa base. Corticosteroides podem ser utilizados para redução da tempestade inflamatória; nos casos de HLH com disfunção orgânica importante, o etoposídeo pode ser utilizado antes do tratamento da doença de base. Posteriormente, o mesmo pode ser adicionado a esquemas de quimioterapia, como o DA-EPOCH. A mortalidade por HLH em adultos permanece alta, especialmente nos casos secundários a neoplasias.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.129>

LINFOMA ANAPLÁSICO ALK NEGATIVO SECUNDÁRIO A PRÓTESE MAMÁRIA: RELATO DE CASO



CA Martins^a, JF Fernandes^a, MVSP Cirilo^a,
LC Marques^b, JPR Cavalcante^b, EMMB Bariani^b,
LCO Bariani^b, C Bariani^b, AMTC Silva^b

^a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil

^b Hospital Araújo Jorge (HAG), Goiânia, GO, Brasil

S.S.G., 37 anos, feminino, G4P2A2. Aos 31 anos, foi submetida a mamoplastia com colocação de prótese mamária, aos 36 anos iniciou quadro de dermatite em aréola em mama direita, fez uso de diferentes tratamentos tópicos, porém apresentou piora do quadro com aumento da mama direita após alguns meses. Paciente nega sintomas B, nega outras queixas associadas, nega comorbidades. Em ressonância magnética de mama direita de janeiro de 2021 observou-se imagens hiperintensas em T2, adjacentes ao implante representando líquido medindo em seus eixos perpendiculares cerca de 10,9 x 9,7 x 2,4 com volume de 130 mL, a mama esquerda sem anormalidades e ausência de linfonodos, no exame PET-CT, do mês de abril de 2021, evidenciou lesões com aumento anormal do metabolismo detectáveis ao método suspeitas de atividade de doença linfoproliferativa em mama direita. Realizada punção do líquido mamário, a citologia evidencia

suspeita de processo linfoproliferativo de células grandes pleomórficas. Imunohistoquímica mostra infiltrado de células linfóides grandes pleomórficas exibe imunofenótipo T anômalo (positividade para CD3 e CD5), com perda de expressão de CD2 e CD7, as células neoplásicas exibem expressão difusa e forte em CD30, além de serem positivas para CD4, CD25, CD43, GATA3, GRANZIMA B PARCIAL e TIA-1, células negativas para ALK1, CD8, CD20, CD68, FOXP3, PD1 e TDT, há um índice proliferativo ki67 revelou-se alto (60-70%), evidenciando o diagnóstico de Linfoma de Células T periférico primário de mama. Em 2011, a Food and Drugs Administration dos EUA reconheceu a associação entre implante mamário e linfoma anaplásico de grandes células (BIA-ALCL). A doença foi definida como uma forma rara de Linfoma não Hodgkin de células TCD30+ que se formou ao redor de um seroma advindo do implante mamário. As estimativas do risco de desenvolver BIA-ALCL têm variado de 1:100.000 a 1:3.000.000 em mulheres com implantes e essa ampla variação na estimativa de risco é reflexo das incertezas relacionadas à consciência, detecção e diagnóstico. Recomenda-se que essas pacientes sejam tratadas por excisão da prótese e de sua cápsula e que os pacientes com massas sólidas recebam quimioterapia. Os BIA-ALCLs in situ têm um curso clínico indolente e permanecem em remissão completa principalmente após a remoção do implante. BIA-ALCLs infiltrativos têm um curso clínico mais agressivo. Portanto, é fundamental realizar um estadiamento rigoroso usando a modalidade de múltiplas imagens. Implantes múltiplos podem favorecer a ocorrência de BIA-ALCL. O caso apresentando é compatível com linfoma de células T periféricas envolvendo seroma tardio, consistente com linfoma de grandes células anaplásicas associado a prótese mamária. Novos insights sobre a biologia da BIA-ALCL podem se traduzir em terapias mais direcionadas e eficazes em pacientes refratários ou recidivantes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.130>

LINFOMA ANAPLÁSICO ASSOCIADO A PRÓTESE MAMÁRIA: UM RISCO REAL



LHA Ramos^a, JMC Cabral^b, RS Vasconcelos^a,
FZ Piazero^a, JVP Neto^a

^a Centro de Câncer de Brasília (Cetro), Brasília, DF, Brasil

^b Instituto de Câncer de Brasília (ICB), Brasília, DF, Brasil

Z.L, feminina, 57 anos, com antecedente de dislipidemia e asma controlada, realizou implante de prótese mamária de silicone de superfície texturizada bilateral em 2003. Em 2017 sofreu trauma em mama E, apresentando seroma local, auto-limitado. Em 26/04/19, quando realizou troca de prótese bilateral, evoluiu com seroma em mama E recorrente. Punção de seroma e análise de líquido detectou proliferação de células grandes e fenótipo anormal (CD30+, HLA-DR+ e CD25+), sugestivo de linfoma anaplásico associado à prótese mamária (LAGC-PM). Em 02/02/2021 submeteu-se retirada de próteses e a análise histopatológica e imunohistoquímica concluiu diagnóstico como Linfoma Anaplásico de células T (CD30+ / ALK-1