

Introdução: Os linfomas cutâneos são um grupo heterogêneo de linfomas não-Hodgkin extranodais, em que o linfoma cutâneo centrofolicular (PCFCL) é o subtipo mais comum derivado de células B (> 50% dos casos), de bom prognóstico, que se apresenta como uma ou mais pápulas, placas e/ou nódulos eritematosos, com distribuição predominantemente loco-regional, preferencialmente pelo tronco, cabeça e pescoço. Relatamos um caso de paciente idoso diagnosticado com PCFCL. **Materiais e métodos:** As informações foram obtidas por meio de entrevista clínica, análise de prontuário e revisão de literatura. O relato do caso foi autorizado pelo paciente por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 75 anos, branco, apresentou lesão ovalada em couro cabeludo, de limites indefinidos e de coloração rosada lateralmente e centro enegrecido, na região parietal posterior direita. Há 7 meses, foi diagnosticado com câncer de próstata, com prostatectomia. Nega diabetes e HAS ou uso de medicações contínuas. Não foram identificadas linfonomegalias, nem evidência de hepato ou esplenomegalia. Foi realizada TC de crânio, sem evidência de lesão expansiva. Ao estudo 18F-FDG PET/CT foi evidenciado nodulação sólida no subcutâneo da região parietal posterior direita (SUV-max 31,65) e dois nódulos hipermetabólicos sólidos torácicos, em região paraesternal esquerda e retroesternal, compatíveis com doença linfoproliferativa em atividade. À imunohistoquímica, o tumor foi positivo para LCA, CD, CD3, CD10, CD20, BCL-2, CD79 e PAX e negativo para CD15, CD30, Ciclina D1, ALK e Ki67 20%. Em AP de lesão de pele da região craniana, obteve-se resultado de linfoma não-Hodgkin difuso de médias células. O diagnóstico foi linfoma cutâneo centrofolicular primário, tratado com radioterapia. Aguarda-se retorno para avaliação. **Discussão:** O PCFCL afeta, principalmente, adultos a partir da 5ª década de vida, com pequena predominância em homens (3:2). Histologicamente, caracteriza-se por centrócitos e centroblastos na derme, com padrão de crescimento folicular, folicular e difuso ou difuso. À imunohistoquímica, o tumor é positivo para CD19, CD20, CD70a, CD10 e Bcl-6 e negativo para MUM-1/IRF-4, IgM e, frequentemente, Bcl-2. Dentre os diagnósticos diferenciais, destacam-se linfoma folicular (LF), PCDLBCL-LT, PCMZL e hiperplasia linfoide reacional. O diagnóstico de PCFCL envolve anamnese, exame físico, biópsia de pele, hemograma, níveis de LDH e PET/CT para exclusão de envolvimento sistêmico. A terapia de primeira escolha é a radiação em baixas doses, principalmente, em lesões únicas ou em mesmo campo de radiação, cujas taxas de remissão se aproximam de 100%. Em lesões múltiplas, refratárias à radioterapia, recomenda-se o rituximab. O PCFCL tem bom prognóstico, comparado ao LF e ao PCDLBCL-LT, com taxa de sobrevida em 5 anos maior que 95% e de recidiva de 30%. Complicações são incomuns e incluem crescimento lento da lesão e disseminação em cerca de 10% dos casos. Em alguns casos, pode estar associado à progressão para linfoma difuso de células grandes. **Conclusão:** Apesar de raro e com bom prognóstico, o PCFCL pode apresentar algumas complicações graves. Ademais, conta com diagnósticos diferenciais cujos prognósticos são ruins. Portanto, é importante uma abordagem multidisciplinar para acelerar o diagnóstico correto e o adequado tratamento da doença.

LINFOMA T INTESTINAL MONOMÓRFICO EPITELIOTRÓPICO - RELATO DE CASO

FB Patricio, MDC Gonçalves, M Castro, IS Barbosa, JC Faccin, CC Miranda, ACB Edir, SK Nabhan

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: O linfoma T Intestinal monomórfico epiteliotrópico é uma condição rara e cujo prognóstico costuma ser sombrio. Anteriormente designado como linfoma T intestinal associado a enteropatia do tipo II, caracteriza-se por não apresentar correlação clínica com a doença celíaca, pelo aspecto monomórfico de suas células e positividade dos marcadores CD3, CD8 e CD56 com negatividade de CD30. **Objetivo:** Este relato objetiva descrever um caso desta entidade incomum. **Relato:** Paciente masculino, 57 anos, sem comorbidades, apresentando quadro de diarreia com 4 meses de evolução, associado a perda ponderal de 25 Kg e quadro de disfagia esofágica. Exames laboratoriais da admissão não mostraram alterações do hemograma e bioquímica. Realizado TC de abdome com sinais de espessamento parietal do cólon. Prosseguiu-se a investigação com avaliação endoscópica, a qual revelou a presença de erosões esofágicas confluentes, bem como a presença de lesões infiltrativas no cólon, violáceas, endurecidas, de bordas irregulares e mal definidas, recobertas por fibrina, ocupando até 50% da luz do órgão. As biópsias de esôfago, duodeno e cólon evidenciaram infiltração por processo linfoproliferativo atípico com epiteliotropismo. A análise imunohistoquímica denotou a marcação de CD3 +, CD20-, CD8 +, CD30-, CD56 +, compatível com o diagnóstico de linfoma T intestinal monomórfico epiteliotrópico. A avaliação medular foi realizada e não apresentou sinais para infiltração de medula óssea. A avaliação por PET CT, por sua vez, evidenciou atividade em linfonodos acima e abaixo do diafragma, e em áreas de espessamento parietal na transição esofagogástrica e cólon com SUV máximo de 15,5. Paciente evoluiu com dor abdominal intensa de rápida evolução antes mesmo de ser iniciado o tratamento quimioterápico. Foi submetido a laparotomia exploradora com sinais de perfuração, sendo realizado colectomia total e ileostomia. A despeito do suporte, evoluiu com choque distributivo refratário com desfecho de óbito na internação. **Discussão:** A literatura denota a raridade deste tipo de linfoma, correspondendo a menos de 5 % dos linfomas relacionados ao trato gastrointestinal. Em geral, acomete pacientes idosos com a média de idade na sexta década de vida, tende a acometer mais homens que mulheres numa proporção de 2:1 e tem uma prevalência maior entre asiáticos e hispânicos. Quanto ao quadro clínico, os pacientes podem apresentar sangramento de trato gastrointestinal, dor abdominal, perda de peso ou ainda quadro de abdome agudo perfurativo. Não há uma terapia padrão para condição, podendo ser necessário quimioterapia, radioterapia ou até abordagem cirúrgica a depender do caso. Em relação ao tratamento quimioterápico, frequentemente se observa na literatura o emprego do esquema CHOEP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etoposido, prednisona) seguido de transplante autólogo para consolidação. Tal qual no caso descrito, destaca-se a agressividade do linfoma com altas taxas de

mortalidade com a média de sobrevida estimada em 7 meses. **Conclusão:** Descrevemos um caso de linfoma T intestinal monomórfico epiteliotrópico. Esta doença é considerada não apenas um desafio diagnóstico, mas também um desafio para o manejo em decorrência da agressividade da doença e risco de complicações relacionadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.716>

SEGUNDA NEOPLASIA EM PACIENTE COM TRICOLEUCEMIA: RELATO DE CASO

SS Silva ^a, AGS Silva ^b, RS Coelho ^b

^a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

^b Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil

Introdução: A tricoleucemia (HCL) é uma neoplasia linfoproliferativa crônica das células B. É uma doença rara, a qual foi descrita como entidade própria em 1958 por Bouroncle. Incide principalmente em homens caucasianos de meia idade e corresponde a 2-3% das leucemias nos adultos. As manifestações clínicas são geralmente sistêmicas, incluindo esplenomegalia, hemorragia e infecções recorrentes. Entretanto, um terço dos pacientes podem estar assintomáticos. O diagnóstico da HCL depende da morfologia característica das células periféricas, do padrão imunofenotípico geralmente expressando os antígenos CD11c, CD25 e CD103, do exame morfológico da medula óssea e na pesquisa da mutação BRAF. O tratamento utiliza análogos das purinas, fármacos que apresentam elevadas taxas de resposta completa. Atualmente também estão disponíveis inibidores da BRAF e imunobiológicos para o tratamento. O objetivo do trabalho é relatar o caso de um paciente diagnosticado com HCL a partir da revisão de prontuário. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino atualmente com 71 anos, que foi diagnosticado aos 37 anos com tricoleucemia. Ao diagnóstico foi realizada a esplenectomia e após recuperação instituída terapia com Interferon (IFN). Ficou em remissão por 25 anos, quando recaiu aos 61 anos. Foi tratado com a Cladribina ficando em remissão por 6 anos. No entanto, em 2020 e 2022 teve recaídas sendo instituído terapêutica com Bendamustina e Rituximab, entrando em remissão. Entretanto, paciente apresentou em junho de 2023 fadiga nas pernas e andar vacilante, sendo suspenso o Rituximab e solicitada uma avaliação com exames de imagem. Na ressonância magnética do tórax foi constatada massa homogênea de contornos regulares, restrição à difusão e realce significativo, na região pré-vertebral inferior envolvendo totalmente a veia ázigos e a superfície lateral direita da aorta descendente. Foi realizada a biópsia por agulha grossa e posteriormente excisional, que mostrou células linfocitárias atípicas de tamanho pequeno a intermediário, expressando no estudo imunohistoquímico CD20 e BCL2, com índice de proliferação celular de 60%. Não houve expressão de Anexina 1, bem como outros marcadores pesquisados. O resultado foi de Linfoma B e não HCL. **Discussão:** Um estudo de coorte o qual compara o risco de segunda malignidade em pacientes com HCL mostrou que num total de 117 paciente 21,3% tiveram uma segunda neoplasia diagnosticada em média de 40 meses

após o diagnóstico da HCL, sendo elas próstata, melanoma, pulmão ou adenocarcinoma. Em outro estudo de coorte com 69 pacientes, 19% desenvolveram uma segunda neoplasia, sendo que 46% eram de origem hematopoiética, enquanto o restante era adenocarcinoma. É apontada na literatura que a terapia com IFN pode ter algum efeito oncogênico direto, o que aumentaria a frequência de segundas neoplasias nesses pacientes. Também, é descrito que esse risco aumentado estaria mais relacionado à carga tumoral da HCL do que à predisposição genética ou efeito do tratamento. Devido a essa predisposição aumentada, esses pacientes precisam de um monitoramento regular. **Conclusão:** No caso relatado o paciente apresentou uma segunda neoplasia de tecido linfóide após 34 anos do diagnóstico da HCL, após ter sido submetido a diversas terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.717>

FUSARIOSE EM PACIENTE COM LINFOMA LINFOBLÁSTICO T - RELATO DO CASO

FC Domingos, BM Borges, IAS Plentz, MB Carneiro, GF Colli, IZ Gonçalves, IA Siqueira, NS Castro, MC Silva

Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII, Barretos, SP, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de infecção fúngica invasiva por fusarium em paciente com Linfoma Linfoblástico T. **Relato de caso:** P. F. M. C., 38 anos, sexo feminino, deu entrada em nosso serviço em fevereiro de 2021 com diagnóstico de Linfoma Linfoblástico T IVB com infiltração de pleura e bulky mediastinal. Foi iniciado tratamento com protocolo BFM-NCRI. Durante o tratamento, paciente manteve necessidade de intervenções recorrentes devido a derrame pleural de repetição e apresentou diversos episódios de neutropenia febril. Em novembro de 2021 foi suspenso o tratamento por progressão de doença e iniciada quimioterapia de resgate com Hypercvad, mantendo refratariedade da doença. Em março de 2022, iniciou quimioterapia com FLAG. Em abril de 2022, durante o período de neutropenia, paciente apresentou sepse de foco cutâneo, secundária a lesão em segundo pododáctilo direito, sendo tratada conforme protocolo institucional (cefepime e vancomicina). Após cinco dias evoluiu com novas lesões em ponta nasal, mão esquerda e coxa direita associadas a artralgia, piora e aumento quantitativo das lesões, estas, eritemato purpúricas, equimóticas e com alguns nódulos, todos pruriginosos. Foi aventada a hipótese de fusariose disseminada, sendo realizada biópsia pela equipe de dermatologia e iniciado tratamento empírico com voriconazol, associado, posteriormente, anfotericina B. O anatomopatológico confirmou o diagnóstico de fusariose. Paciente apresentou melhora clínica e laboratorial, recebeu alta hospitalar após 23 dias de internação e manteve tratamento ambulatorial com voriconazol. Quanto ao linfoma linfoblástico T, paciente manteve-se refratária aos tratamentos instituídos, evoluindo a óbito em 22 de maio de 2022. **Discussão:** A infecção pelo fungo da espécie Fusarium é a segunda mais frequente em casos de infecções fúngicas invasivas. Acomete pacientes