

axilar esquerda. A ressonância e cintilografia evidenciaram lesão óssea expansiva osteoblástica em diáfise umeral ($22 \times 6,9 \times 6$ cm). Exames complementares: Hb: 13,6 g/dL, Pla: 289 $\times 10^3/\text{mm}^3$, Neutro: $3,1 \times 10^3/\text{mm}^3$, Linfócitos: $930 \times 10^3/\text{mm}^3$, DHL 1.064 U/L (3,8xLSN). Sorologias negativas para HIV, hepatites, sífilis, Chagas e HTLV, dosagens de imunoglobulinas normais. Mielograma revelou infiltração blástica linfoide. Biópsia da lesão umeral confirmou Linfoma Plasmablastico (PBL), com imuno-histoquímica positiva CD138⁺, MUM1⁺, CD45⁺, CD30⁺, PAX5⁺, Ki-67 >95%, cadeia leve kappa restrita, CD20⁻ e ALK positivo, PAX5 fracamente positivo. Negativo para TdT, CD3, LMP-1. Iniciado DA-EPOCH; a partir do 2º ciclo, foi incorporado bortezomibe (V-EPOCH), baseado em estudos com evidência de benefício da combinação mesmo em pacientes HIV negativos. O paciente necessitou de internação por neutropenia febril no primeiro ciclo, mas prosseguiu com boa tolerância clínica. **Discussão:** Este relato destaca a apresentação inusitada de PBL em um adolescente imuno-competente com lesão óssea extensa e fenótipo ALK⁺, reforçando a importância do diagnóstico diferencial com mieloma e outras neoplasias de células B. O uso precoce de terapias baseadas em bortezomibe pode representar estratégia promissora, dada a expressão de marcadores plasmocitários e alta taxa proliferativa⁴. **Conclusão:** Este é, até onde sabemos, um dos raríssimos relatos de PBL ALK⁺ em paciente jovem e HIV-negativo, com envolvimento ósseo primário. O caso ilustra a complexidade diagnóstica e terapêutica da doença, e reforça a necessidade de individualização do tratamento em contextos não clássicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104692>

ID - 2633

NEOPLASIA LINFOPROLIFERATIVA T CD8+ APÓS TRATAMENTO DE LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

E Kososki, J Oliveira Nielson, E Tamie Saito, F Ferreira Camargo, AB Dias Manduca, MJ Freitas de Souza Junior, M Santos Pastori, DA Goldman Eguez, LdL Martins Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini (HTEJZ), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas T periféricos constituem um grupo heterogêneo de neoplasias linfoproliferativas com apresentações clínicas diversas. Entre eles, incluem-se os linfomas de células T cutâneos, linfomas de células T angioimunoblásticos — nos quais manifestações autoimunes são características — e a leucemia de células T grandes granulares (T-LGL), marcada por neutropenia persistente, ausência de linfocitose e predisposição a infecções recorrentes. A heterogeneidade clínica e imunofenotípica destes tumores representa desafio diagnóstico e terapêutico. **Descrição do caso:** Homem, 51 anos, casado, natural de Alagoas, residente em São Paulo há 38 anos, previamente hígido. Em julho de 2020, apresentou aumento de tonsila direita associado a disfagia progressiva para sólidos e perda ponderal de 5 kg em dois

meses. A biópsia de tonsila foi detectada infiltração por linfócitos sugestivos de Linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), com padrão imunohistoquímico CD20⁺, CD10⁺, BCL6⁺, CD3⁻ e CD30⁻. Já na biópsia de medula óssea (BMO), evidenciou infiltração por clone de linfócitos pequenos com clonalidade T CD8⁺ (CD3⁺, CD5⁺, CD8⁺, CD20⁺ focal, TDT⁻, PAX5⁻). Foram realizados 6 ciclos de quimioterapia (R-CHOP), com resposta metabólica completa ao término do tratamento, confirmada por PET-CT. Apesar disso, manteve infecções de repetição, com duas internações por pneumonia bacteriana complicada em 2022. Em 2024, apresentou neutropenia e plaquetopenia moderadas, realizou BMO com imunofenotipagem idêntica ao diagnóstico inicial, com clonalidade T CD8⁺, TCRβ1 e TCRαβ. Apesar da morfologia e imunofenotipagem não serem típicas para T-LGL, iniciou-se metotrexato semanal em baixa dose devido à piora da neutropenia (<500 neutrófilos/mm³) e ocorrência de infecção grave por herpes zoster com comprometimento do nervo ulnar direito e déficit motor importante no membro superior direito. Visto ausência de melhora hematológica, o tratamento foi suspenso e o paciente segue em acompanhamento ambulatorial, em observação clínica. Entre os diagnósticos diferenciais considerados, destacou-se a leucemia prolinfocítica T (T-PLL), descartada pela ausência de linfocitose periférica $>5 \times 10^3/\text{mm}^3$ e pelo curso indolente da doença. A T-LGL também foi considerada, dado o perfil imunofenotípico (CD2⁺, CD5⁺, CD7⁺, CD4⁻, CD8⁺, TCRαβ⁺), porém a ausência de grânulos citoplasmáticos na morfologia e a falta de resposta ao metotrexato tornam este diagnóstico menos provável. Dessa forma, o caso foi classificado como neoplasia linfoproliferativa T não especificada (NOS), diagnóstico reservado pela WHO para casos nos quais não é possível enquadrar a doença em entidades específicas, mesmo após extensa investigação morfológica, imunofenotípica e molecular. **Conclusão:** Este caso ilustra a complexidade diagnóstica das neoplasias T periféricas, especialmente quando características morfológicas, imunofenotípicas e clínicas se sobrepõem entre diferentes entidades. A evolução clínica com neutropenia grave e infecções recorrentes, mesmo após remissão completa de um linfoma B concomitante, reforça a importância do seguimento prolongado e da reavaliação diagnóstica periódica em pacientes com apresentações atípicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104693>

ID - 2691

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR LINFOMA NÃO HODGKIN NA REGIÃO NORTE DO BRASIL (2015-2024)

CA Gomes Aragão^a, A Queiroz de Andrade^b, JC Sousa de Oliveira^c, M Braga de Oliveira^c, AS Khayat^c

^a Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil

^b Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil