

ivermectina, sem melhora. Evoluiu com linfonodomegalias múltiplas, disseminadas em menos de uma semana para cervical, supraclavicular, axilar, esternal e inguinal. Biópsia linfonodal prévia inconclusiva. Evoluiu com febre alta e lesões ulceradas, pruriginosas e dolorosas em membros inferiores e flancos, refratárias a antibioticoterapia. Desenvolveu disfagia e odinofagia. Na admissão, o laboratório evidenciou insuficiência renal aguda (creatinina 4,0 mg/dL, ureia 134 mg/dL), anemia microcítica grave (Hb 6,5 g/dL) com anisocitose e poiquilocitose, linfocitose persistente e hipercalemia. Sorologias para HIV, HTLV, EBV, HBV, HCV, sífilis e doença de Chagas foram negativas. Endoscopia digestiva alta mostrou esofagite erosiva grau A, duodenite erosiva e úlcera bulbar aguda com sangramento recente; iniciou-se inibidor de bomba de prótons. Ultrassonografia renal evidenciou nefrolitíase bilateral não obstrutiva e alterações córtico-medulares. Paratormônio sérico reduzido e proteinúria leve foram detectados. Tomografias computadorizadas revelaram linfonodomegalias múltiplas em regiões cervical (maior 2,4 × 2,0 cm), mediastinal, axilar (até 5,6 cm), mesentérica e para-aórtica (até 4,5 × 3,2 cm), derrame pleural esquerdo e focos pulmonares em vidro fosco. Imunofenotipagem por citometria de fluxo no sangue periférico evidenciou população clonal de linfócitos T CD3+, CD4+, CD5+, CD7+, predominantemente CD8– e CD30–, com expressão restrita da cadeia $\beta 1$ do TCR. Biópsia de medula óssea sem sinais de malignidade. Durante internação, recebeu dexametasona em alta dose por quatro dias e ácido zoledrônico para hipercalemia, com melhora clínica. Biópsia linfonodal subsequente revelou infiltrado linfoide atípico com pequenos linfócitos T, histiócitos abundantes e células B grandes, mononucleadas e binucleadas, sugerindo linfoma T ou Hodgkin-like. Painel imunohistoquímico demonstrou CD4+, CD5+, CD7+, CD8+, BCL2+, granzyme B+, Ki-67 10%, compatível com linfoma T periférico variante de Lennert. Com base na apresentação clínica, achados histopatológicos e imunofenotípicos, foi iniciado tratamento quimioterápico com esquema CHOP. **Conclusão:** O caso é notável por: (1) a complexidade diagnóstica devido presença de células RS-like; (2) a idade jovem e rápida evolução indicando subtipo agressivo; e (3) a coexpressão de CD4 e CD8, junto a granzyme B e BCL2, sugerindo linhagem T complexa. O caso ilustra a importância da suspeição clínica e análise anatomopatológica detalhada para diagnóstico precoce de linfomas raros, ressaltando a necessidade de abordagem multidisciplinar diante da complexidade diagnóstica e terapêutica envolvida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104790>

ID – 1961

RELATO DE CASO: LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM ACHADO DE FALSO-POSITIVO EM PET-CT

V Souza-Boff, B Mussatto-Isotton,
A Oliveira-Almeida, G Siota-Schramm,
E Thomé, AC Molon, LM Lorenzini,
G Canali Locatelli Bellini, EMK Theodoro,
RD Lorandi

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul,
RS, Brasil

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o tipo mais comum de linfoma não Hodgkin e pode se apresentar de forma nodal ou extranodal, sendo clinicamente heterogêneo. Ademais, a refratariedade e a recidiva tornam o LDGCB um desafio clínico significativo, urgindo a necessidade de exames, como o PET-CT com 18F-FDG, para, além do estadiamento inicial, acompanhamento pós-terapêutico. Apesar disso, o PET-CT não distingue malignidades de causas benignas de hiper captação, dificultando a abordagem terapêutica.

Descrição do caso: Paciente masculino, 39 anos, previamente hígido, apresentou quadro de perda ponderal significativa (5 kg em três meses), inapetência, dispneia aos esforços e ortopneia. A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou volumosa massa mediastinal. A biópsia da lesão confirmou o diagnóstico de LDGCB, estágio IIIB. O tratamento com o esquema R-CHOP foi iniciado e o paciente apresentou boa resposta clínica com TC, constatando regressão completa da lesão mediastinal e ausência de novos achados após a quimioterapia. Manteve seguimento ambulatorial com exames laboratoriais e de imagem, incluindo tomografias seriadas, sem sinais de recidiva ou novas lesões. Entretanto, depois de 2 anos de estabilidade, o PET-CT de controle revelou três linfonodos cervicais esquerdos com captação hipermetabólica (SUV máximo de 15,6), sugerindo recidiva. Apesar do achado, o paciente seguia assintomático e com exames laboratoriais dentro da normalidade. Diante da suspeita, foi indicado esvaziamento cervical de níveis II e III à esquerda. O estudo anatomopatológico, um mês após a cirurgia, revelou hiperplasia linfoide reacional, sem evidência de neoplasia. A imunohistoquímica complementar foi negativa para marcadores de linfoma, confirmando o diagnóstico de linfonodos reacionais. Dessa forma, o achado hipermetabólico foi interpretado como falso-positivo no PET-CT, apesar do valor elevado de SUV.

Conclusão: A hiper captação no PET-CT, com SUV elevado, gerou forte suspeita de recidiva, prontamente descartada pela biópsia, que revelou hiperplasia reacional. Este achado sublinha a limitação do PET-CT em distinguir malignidade e benignidade, expondo o risco de falsos positivos e intervenções desnecessárias. A ausência de sintomas e exames laboratoriais normais, neste contexto, reforça a necessidade de cautela na interpretação isolada do PET-CT. Ademais, a confirmação histopatológica é indispensável para o diagnóstico preciso, visto que altera abordagem terapêutica, contribuindo para um manejo adequado, reduzindo ansiedade e procedimentos invasivos desnecessários. A presença de foco hipermetabólico isolado em linfonodos cervicais ao PET-CT de controle em paciente com linfoma difuso de grandes células B representa um achado incomum, que exige avaliação criteriosa. É importante ressaltar que o PET-CT, apesar de ser um exame fundamental, isoladamente não define o manejo do paciente. Portanto, é imprescindível que a análise do PET-CT seja associada a outros métodos, como a biópsia, para guiar o tratamento.

Referências:

Hallack Neto AE, Foss H de F, Pereira J, Chauffaille ML, Lima CS, Buccheri V, et al. Estratificação de risco em linfoma difuso

de grandes células B. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2006;28(4):296-300. doi:10.1590/S1516-84842006000400015.

Tokola S, Kuitunen H, Turpeenniemi-Hujanen T, Kuittinen O. Interim and end-of-treatment PET-CT suffers from high false-positive rates in DLBCL: Biopsy is needed prior to treatment decisions. *Cancer Med.* 2021 May;10(9):3035-44. doi:10.1002/cam4.3867. PMID: 33864374; PMCID: PMC8124106.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104791>

ID - 522

RELATO DE CASO: RARO LINFOMA CUTÂNEO DE CÉLULAS B

AP Pinto Perez ^a, G Faria Zima ^b,
A Moreira Souza ^c,
L Clemente de Oliveira Neto ^d,
GF Santos da Silva ^e, KP da Silva Oliveira ^f,
N Hurbano Teixeira ^g

^a Universidade Anhembí Morumbi (UAM), São Paulo, SP, Brasil

^b Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^c Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Araranguá, SC, Brasil

^d Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal, Campo Grande, MS, Brasil

^e Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR, Brasil

^f Universidad Nacional Ecológica, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia

^g Universidade Estadual do Amazonas, Manaus, AM, Brasil

Introdução: Os linfomas podem ser estabelecidos como neoplasias do sistema imunitário concludente de linfócitos que envolvem os tecidos linfóides com desenvolvimento de massas tumorais. São divididos em duas grandes estações: Linfoma Hodgkin (LH) e Linfoma Não Hodgkin (LNH). O último se subdivide em originários da expansão clonal de células B, células T ou de células Natural Killers (NK). Quando há relação com a pele sem comprometimento sistêmico, o linfoma é classificado como primário, e se houver relação com outros órgãos e sistemas, trata-se de um linfoma de grandes células que infiltrou para a pele. Os Linfomas cutâneos apresentam ampla diversidade clínica, imunofenotípica, histológica e prognóstica. Ademais, os linfomas cutâneos de células B (LCCB) representam apenas de 20 a 25% de todos os linfomas. O objetivo do resumo, então, foi reportar e relatar um episódio raro e complexo de LCCB ocorrido no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), visando ampliar discussões sobre o tema e debater as abordagens atuais sobre o caso. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), seguindo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas providências adicionais. **Descrição do caso:** Homem de 46 anos, branco, mestre de obras, casado, buscou o Hospital Universitário em novembro de 2021

referindo lesão e algia no ombro esquerdo iniciado há 5 meses com aumento progressivo desde então. Após anamnese completa, exames laboratoriais e de imagem, biópsia da pele e imunofenotipagem foi constatado o diagnóstico de Linfoma de grandes células B, de fenótipo centrofolicular rico em linfócitos T, com infiltração cutânea. O paciente foi tratado com quimioterapia de protocolo R-CHOP e apresentou significativa regressão da lesão e melhora das manifestações clínicas. **Conclusão:** Não há características morfológicas, imunológicas ou moleculares que diferencie tranquilamente um caso de linfoma cutâneo primário centrofolicular de um cenário com relação secundária por linfoma folicular nodal ou extranodal. Sendo assim, o diagnóstico de um linfoma cutâneo primário exige majoritariamente um estadiamento negativo. A certeza diagnóstica é difícil, os exames considerados como "padrão ouro" são a histopatologia e a imuno-histoquímica. Quanto ao tratamento, utiliza-se de radioterapia, excisão cirúrgica, ou quimioterapia, a variar do tamanho da lesão. No caso reportado o tratamento escolhido foi a quimioterapia, sem radiação agregada, alcançou bom resultado com remissão da lesão e melhora dos sinais clínicos.

Referências:

Hope CB, Pincus LB. Primary cutaneous B-cell lymphomas with large cell predominance – primary cutaneous follicle center lymphoma, diffuse large B-cell lymphoma, leg type and intravascular large B-cell lymphoma. *Semin Diagn Pathol.* 2017 Jan;34(1):85-98. doi:10.1053/j.semdp.2016.11.007. PMID: 28109600.

Costa ISD, Fernandes E, Braga N, Miranda D. Linfoma cutâneo primário de grandes células B de apresentação atípica: relato de caso. *An Bras Dermatol [Internet].* 2011 Jun;86(3):549-51. doi:10.1590/S0365-05962011000300022.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104792>

ID - 958

REMISSÃO TRANSITÓRIA DE MICOSE FUNGOIDE APÓS INFECÇÃO POR DENGUE: RELATO DE CASO

VRV Bautzer, PN Cardoso, VRP Mattos,
AC Balbino, VP Carreiro, FM Ferreira,
PON Figueiredo

Núcleo de Oncologia, Prevent Senior, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A micose fungoide (MF) é o subtipo mais comum de linfoma cutâneo de células T, caracterizando-se por curso clínico crônico, indolente e potencialmente progressivo. O manejo terapêutico é determinado pelo estadiamento e pela extensão de acometimento cutâneo. Remissões espontâneas em neoplasias hematológicas são eventos raros, embora descritos, principalmente em linfomas indolentes, e frequentemente associados a quadros infecciosos agudos. Acredita-se que esses episódios reflitam uma ativação imune sistêmica capaz de desencadear resposta antitumoral. A dengue é uma infecção viral endêmica no Brasil, marcada por intensa ativação imunológica, com liberação de citocinas