

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

inflamatórias, ativação de células T e resposta de células NK. Esse ambiente imunológico exacerbado poderia, teoricamente, interferir no microambiente tumoral e modular o comportamento de neoplasias. Neste relato, descrevemos um caso de MF com remissão clínica transitória das lesões cutâneas após infecção por dengue, levantando a hipótese de uma modulação imunológica induzida pelo vírus. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 74 anos, foi diagnosticado em 2020 com micose fungoide (MF), estadiamento clínico IB. Desde então, recebia três sessões semanais de PUVaterapia associadas ao uso de metotrexato oral (20 mg/semana) com resposta parcial. Em abril de 2024, foi encaminhado à nossa instituição para reavaliação e início de terapia sistêmica com brentuximabe por progressão de doença. Durante o reestadiamento, desenvolveu quadro de dengue apresentando remissão espontânea das lesões cutâneas o que levou a suspensão temporária da PUVaterapia. No entanto, a melhora foi transitória, com recidiva das lesões em menos de 60 dias. Tal episódio sugere, de forma relevante, uma possível modulação da doença mediada pela ativação imune induzida pela infecção viral. **Conclusão:** Remissões espontâneas de neoplasias hematológicas são raras, mas descritas, especialmente em linfomas indolentes e leucemias agudas, geralmente associadas a infecções. Nosso paciente apresentou remissão temporária das lesões da MF após dengue sem alteração terapêutica. Há relatos semelhantes após infecção por vírus respiratórios, como SARS-CoV-2. Kandeel et al. observaram remissão de leucemias agudas após COVID-19, sem quimioterapia. Casos de linfoma de Hodgkin e folicular também regrediram após COVID-19, sugerindo ativação imune antitumoral. Mecanismos propostos incluem ativação de células NK, resposta de linfócitos T, liberação de citocinas e efeito oncolítico viral. Apesar de não respiratória, a infecção por dengue pode ter induzido inflamação sistêmica capaz de modular o microambiente tumoral e gerar resposta imune transiente. A MF apresenta disfunção imune com predomínio Th2 e exaustão citotóxica, podendo ser momentaneamente revertida por gatilhos inflamatórios. Observações como esta destacam o potencial imunomodulador de infecções virais em linfomas cutâneos.

Referências:

1. Kandeel EZ, Refaat L, Salama AM, Abdelrahman Z. Could COVID-19 induce remission of acute leukemia? *Hematology*. 2021;26(1):870-3. doi:10.1080/16078454.2021.1929630
2. Kurlapski M, Sierocińska-Sawa J, Karakuła K, et al. SARS-CoV-2-induced remission of advanced classical Hodgkin lymphoma. *Pol Arch Intern Med*. 2022;132(7-8):16266. doi:10.20452/pamw.16266
3. Baptista RL, Marques AM, Gaiolla RD, Hamerschlag N. COVID-19 induced follicular lymphoma remission. *Hematol Transfus Cell Ther*. 2022;44(2):291-2. doi:10.1016/j.htct.2021.07.010
4. Shin DH, Hong JY, Kim S, et al. Remission of liquid tumors and SARS-CoV-2 infection: A literature review. *Mol Ther Oncolytics*. 2022;26:135-40. doi:10.1016/j.omto.2022.08.003

ID - 1989

RESPOSTA TERAPÊUTICA COM PEMBROLIZUMABE EM LINFOMA PRIMÁRIO DE MEDIASTINO: RELATO DE CASO

VO Santos Junior, MAS Romeo, LN dos Anjos, ACLC Strapasson, SR Simões, MI Perdiz, MS Simões

Hospital Santa Izabel, Oncoclínicas, Santa Casa da Bahia, Salvador, BA, Brasil

Introdução: O linfoma primário de mediastino compreende um subtipo de linfoma não-Hodgkin com comportamento similar ao Hodgkin no que corresponde à sinalização e microambiente inflamatório, levando ao compartilhamento de mecanismos de ação de alvos terapêuticos. O estudo KEYNOTE-170, avaliou a eficácia do uso do pembrolizumabe (um anti-PD1) no Linfoma Primário de Mediastino (LPM) recidivado ou refratário apresentando sobrevida mediana livre de progressão de 4,7 meses (com pacientes refratários a mais de 3 linhas e um número importante de pacientes refratários à transplante de medula óssea e radioterapia). Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de LPM com resposta clínica favorável ao uso mais precoce de Pembrolizumabe. As informações desse trabalho foram adquiridas através da revisão de prontuário eletrônico da unidade em questão. **Descrição do caso:** Paciente 59 anos, sexo masculino, previamente hipertenso, iniciou quadro de dispneia e tosse com suspeita de asma em investigação ambulatorial, até realizar radiografia de tórax com achado de massa mediastinal. Apresentava sintomas B ao início do quadro em novembro de 2023. À época realizou biópsia por via percutânea com achado de imunohistoquímica de CD20, PAX5, CD10, BCL6 e MUM1 positivos com Ki67 de 90% e CD15, CD30, BCL2 e CD3 negativos. Transferido ao acompanhamento em nossa unidade, realizou PET-TC com achado de massa mediastinal, medindo 14,1 por 12,8 cm nos maiores eixos axiais, hipercaptante (SUVmax: 23,1) com centro necrótico e proximidade à grandes vasos mediastinais, além de presença de linfonodomegalias na cadeia paracardíaca à direita, medindo até 2,0 por 2,0 cm, também hipermetabólicas (SUVmax: 9,7), com presença de derrame pleural volumoso à esquerda, e sem outras linfonodomegalias. Paciente diagnosticado com LPM, estadiamento clínico IXB, ECOG 0, com R-IPi de 1 (pontuando por LDH de 645 UI/L na admissão). Realizou RCOP com objetivo de citorredução, com pouca resposta clínica após 1 ciclo, sendo iniciado protocolo R-DAEPOCH logo em seguida, nível 2, por 6 ciclos, finalizando em julho de 2024. O paciente apresentou melhora clínica (de sintomas B) e redução da massa mediastinal em tomografia de tórax (lesão de 7,8 por 7,2 por 11,9 cm, já sem centro necrótico), porém ainda mantendo massa volumosa em íntima relação com grandes vasos mediastinais (sem acesso a novo PET-TC à época por questões burocráticas relacionadas a liberação). Apresentou durante protocolo de quimioterapia disfunção renal e complicações associadas a infusão de quimioterapia, e em discussão com paciente, considerando critério de refratariedade e toxicidade prévio,