

13º Encontro do Núcleo de Especialidades
Sociedade Brasileira de Patologia
23.jun.12

Dra. Sheila Ap. Coelho Siqueira

Dr. Ariel Barreto Nogueira

- Identificação:

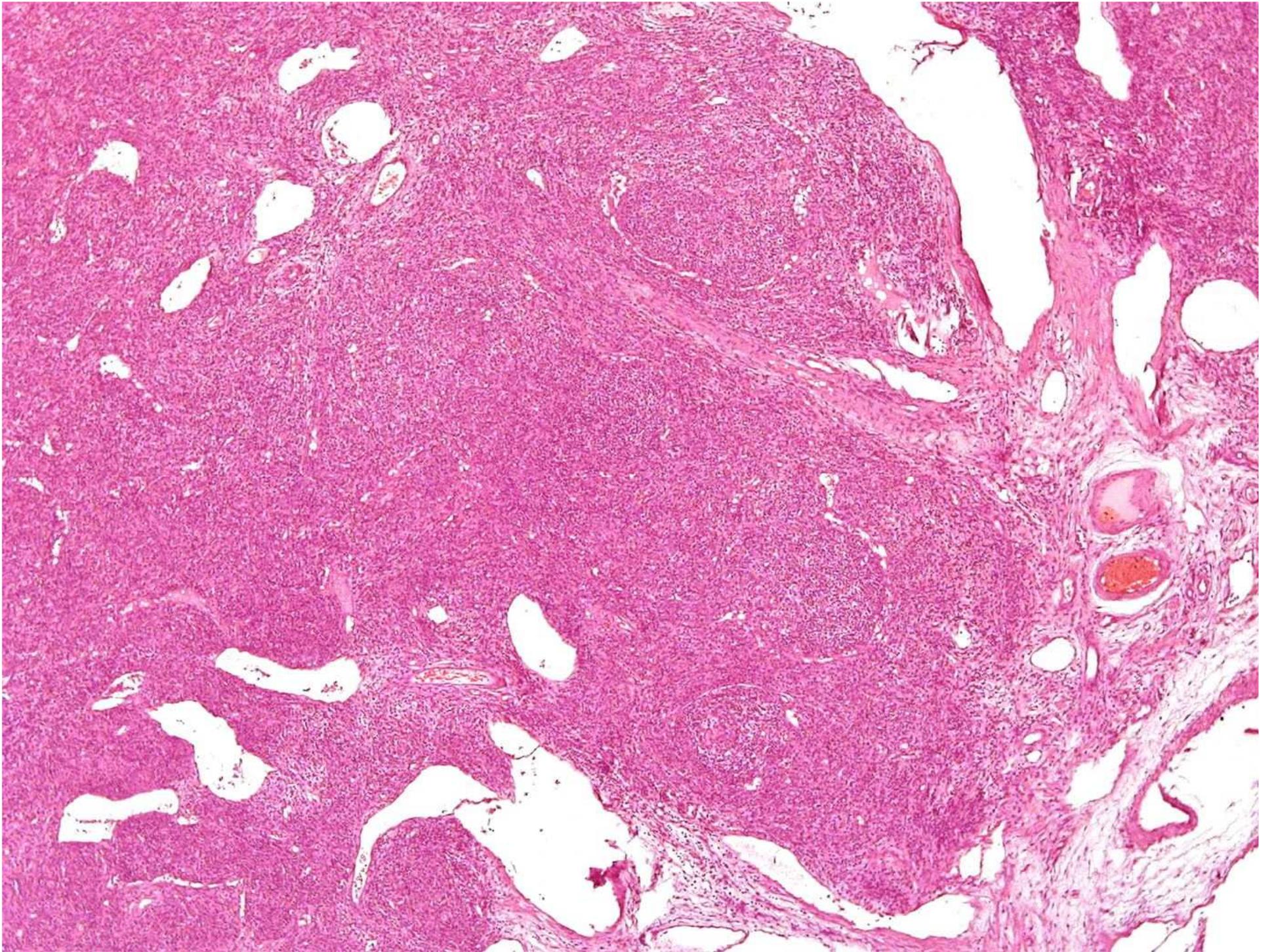
- Masculino, 56 anos, pardo, casado, natural de Barra do Mendes-BA e procedente de Carapicuíba-SP. Operador de injetoras. Ateu.

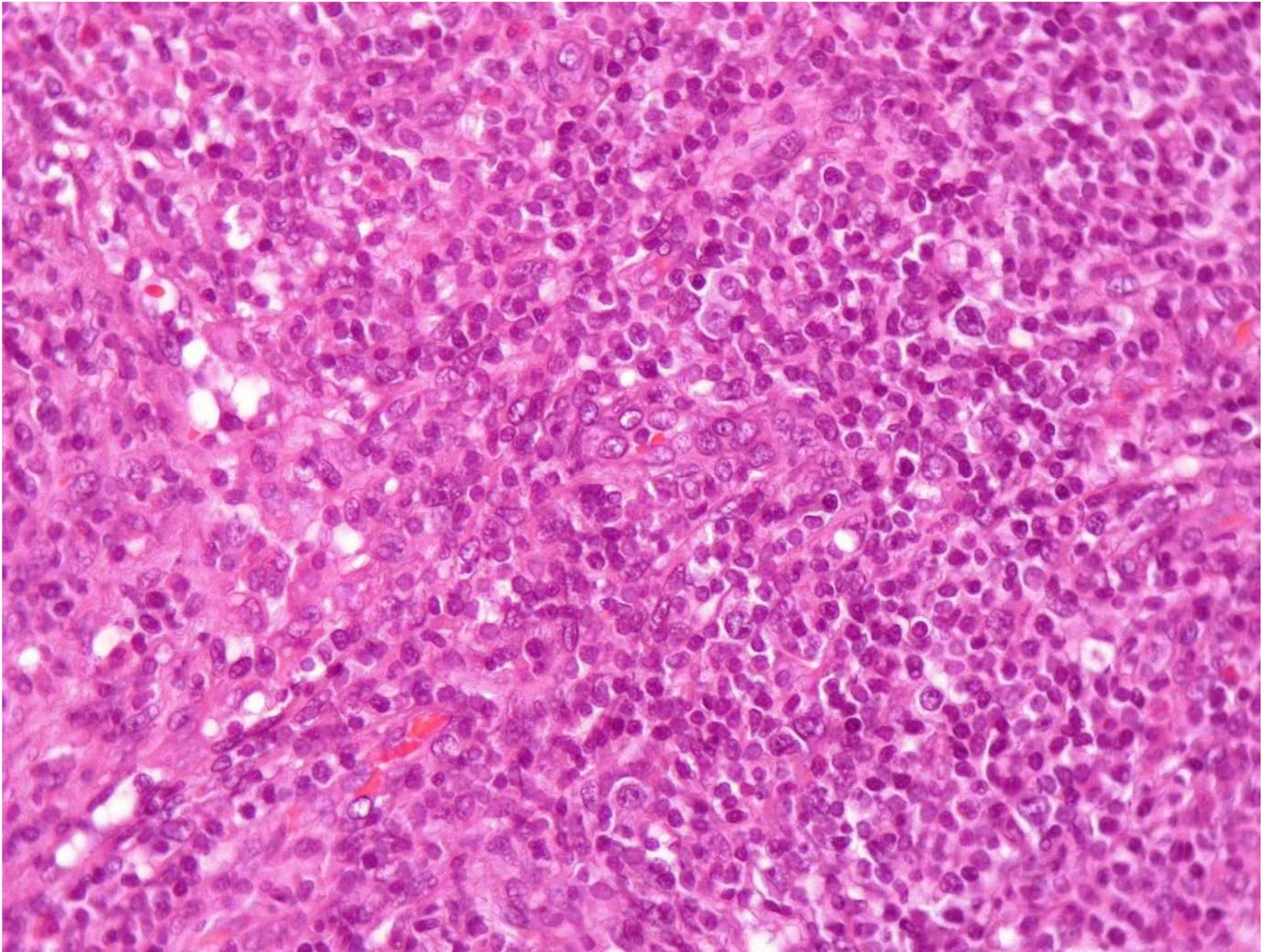
- Queixa e duração:

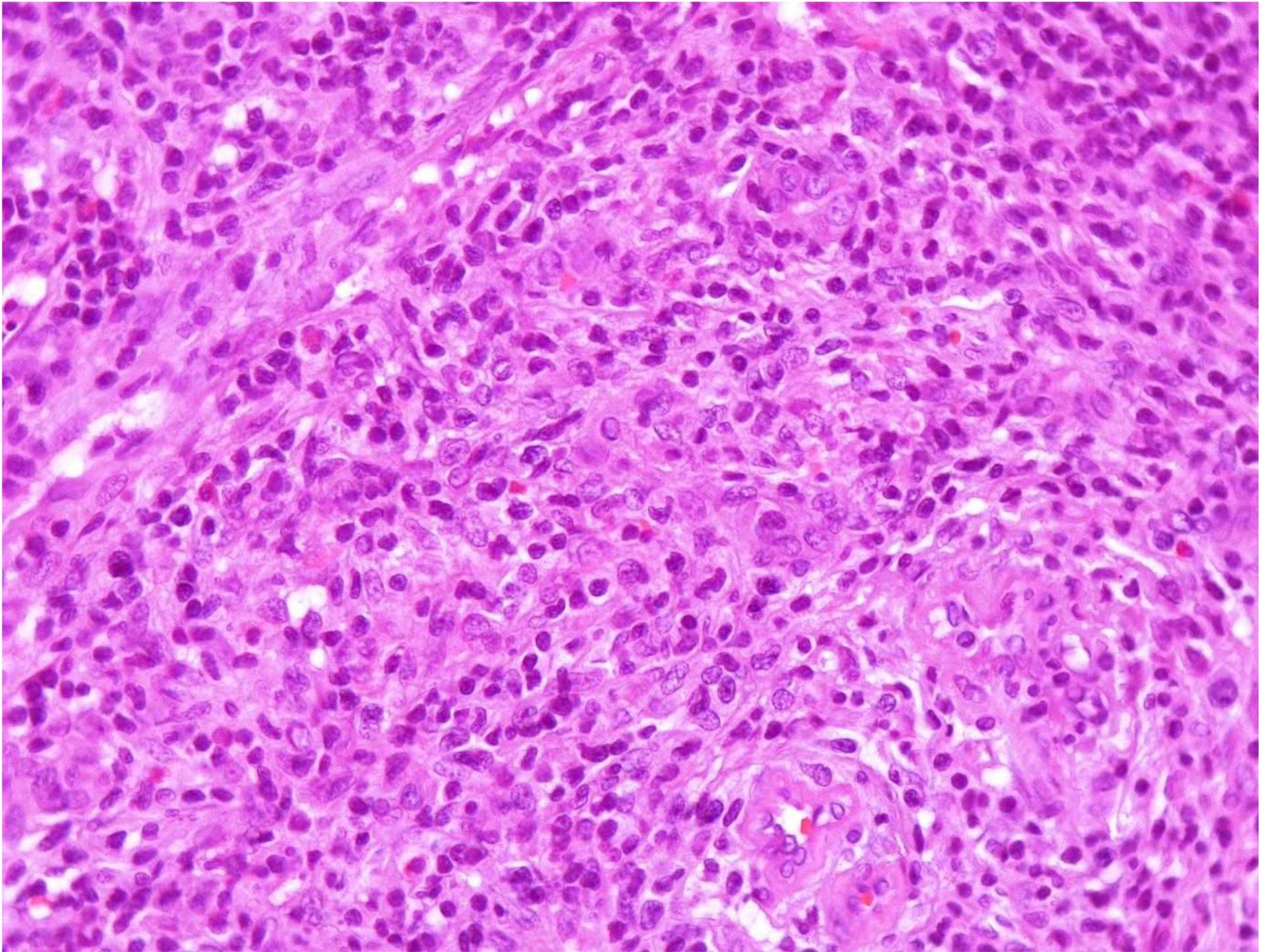
- Nódulo inguinal há 5 meses

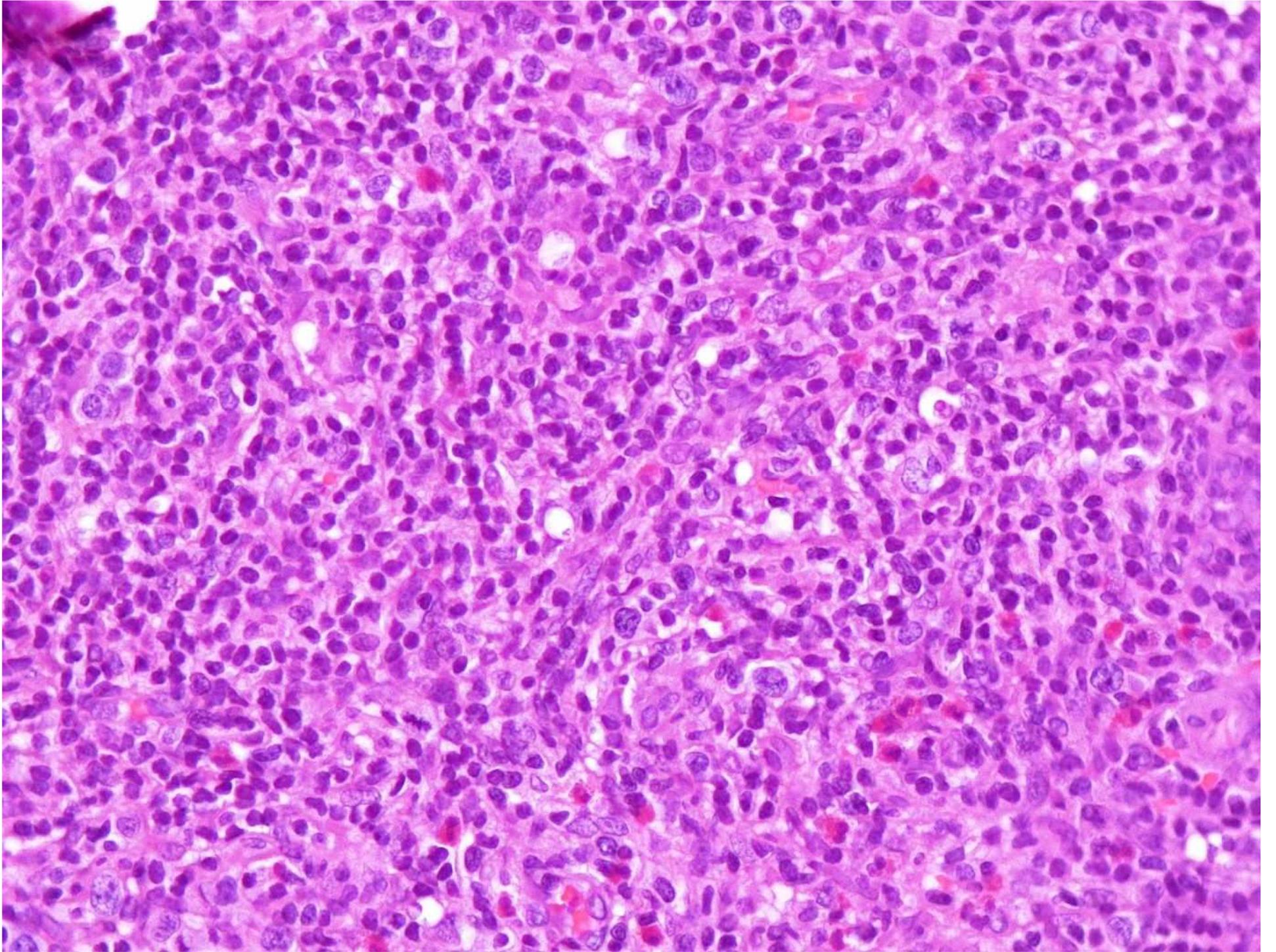
- Antecedentes Pessoais: negava HAS, DM, IM, AVC prévios. Tabagista 20 anos/maço, DPOC. Ex-etilista há 1 ano.
- Antecedentes Familiares: sem antecedentes relevantes
- Exame físico:
 - REG, palidez cutânea
 - Adenomegalia submentoniana até 1,5cm, móvel, indolor; cervical anterior bilateral até 1,5cm; supraclavicular bilateral até 2cm; axilar até 3cm; inguinal bilateral até 3cm.
 - Flácido, RHA+, baço a 2cm RCD indolor, fígado a 2cm RCD, discretamente doloroso.

Linfonodo inguinal – revisão externa
Março/2011









- Hemograma (abril 2011)

- Hb 11,6
- VCM 88,9
- Leucócitos 11710
- Neutrófilos 4400
- Eosinófilos 500
- Linfócitos 5400
- Monócitos 1300
- Plaquetas 120000

Mielograma (28/04/11):

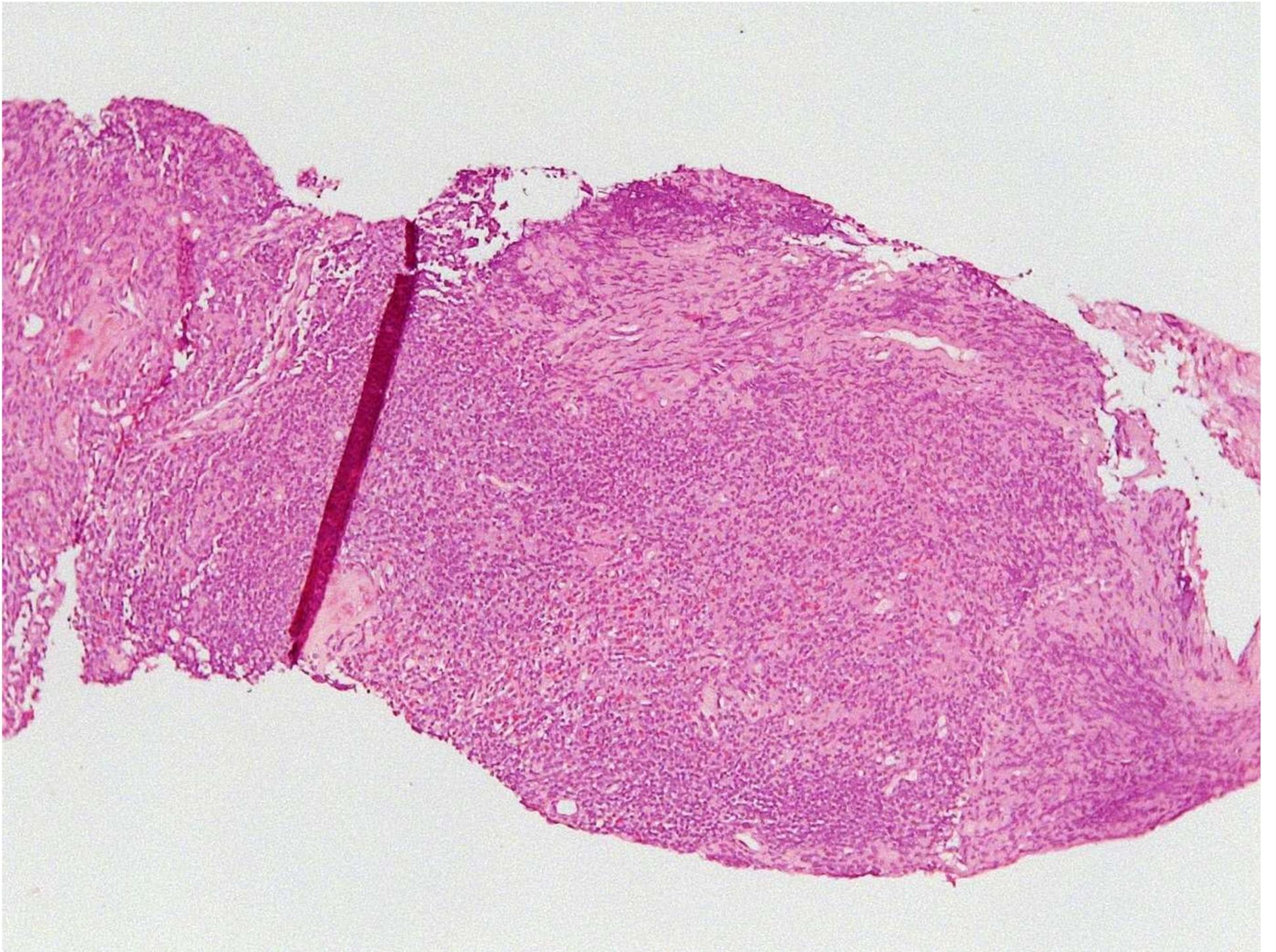
MORFOLOGIA: predomínio de células maduras, algumas com núcleo convoluto de aspecto cerebriforme e 1 nucléolo evidente. Visualizados número aumentado de linfócitos grandes granulares.

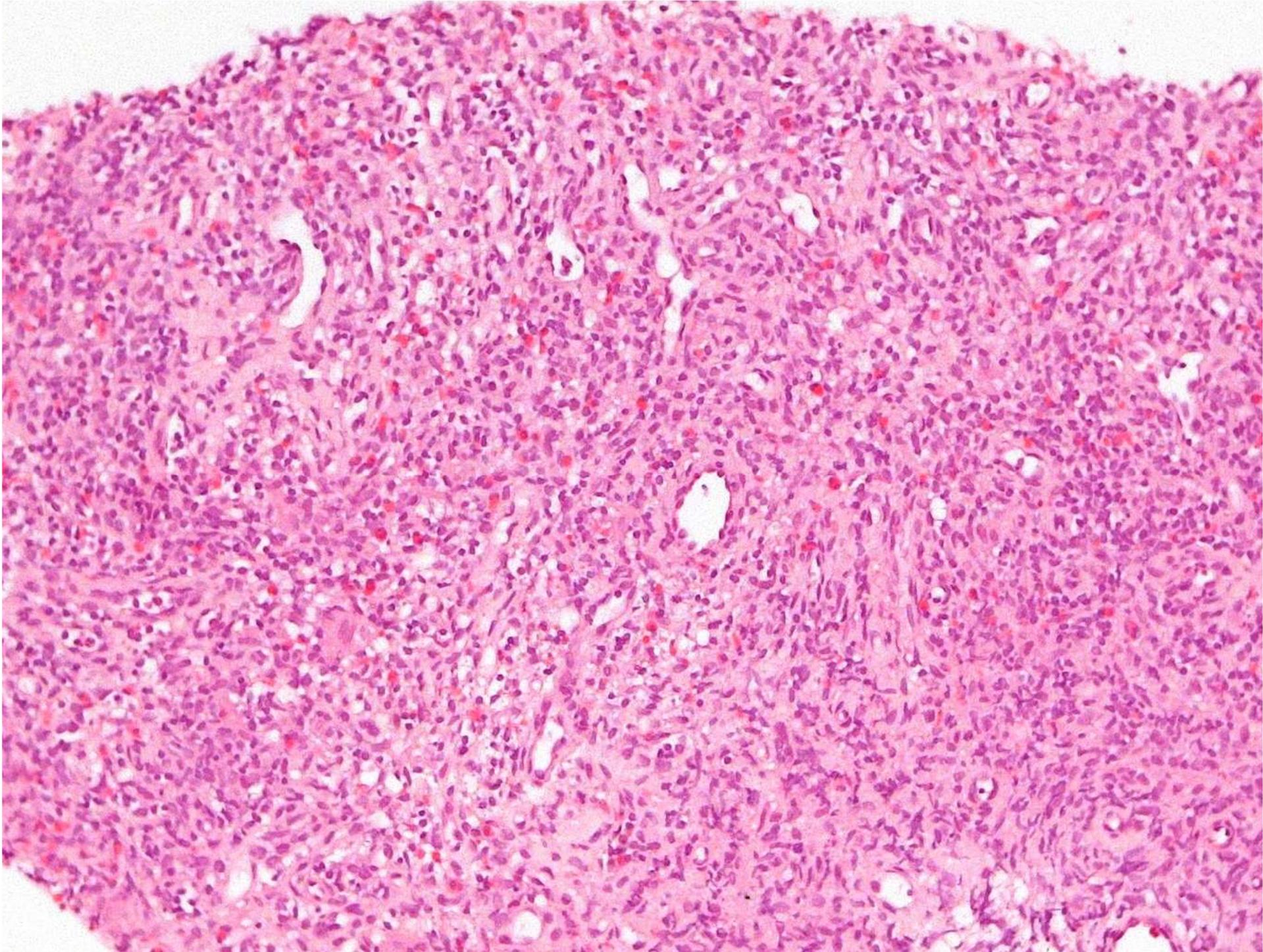
Presença de 11% de células CD3-/CD4+++ /CD26+++ que podem corresponder a população linfóide T clonal.

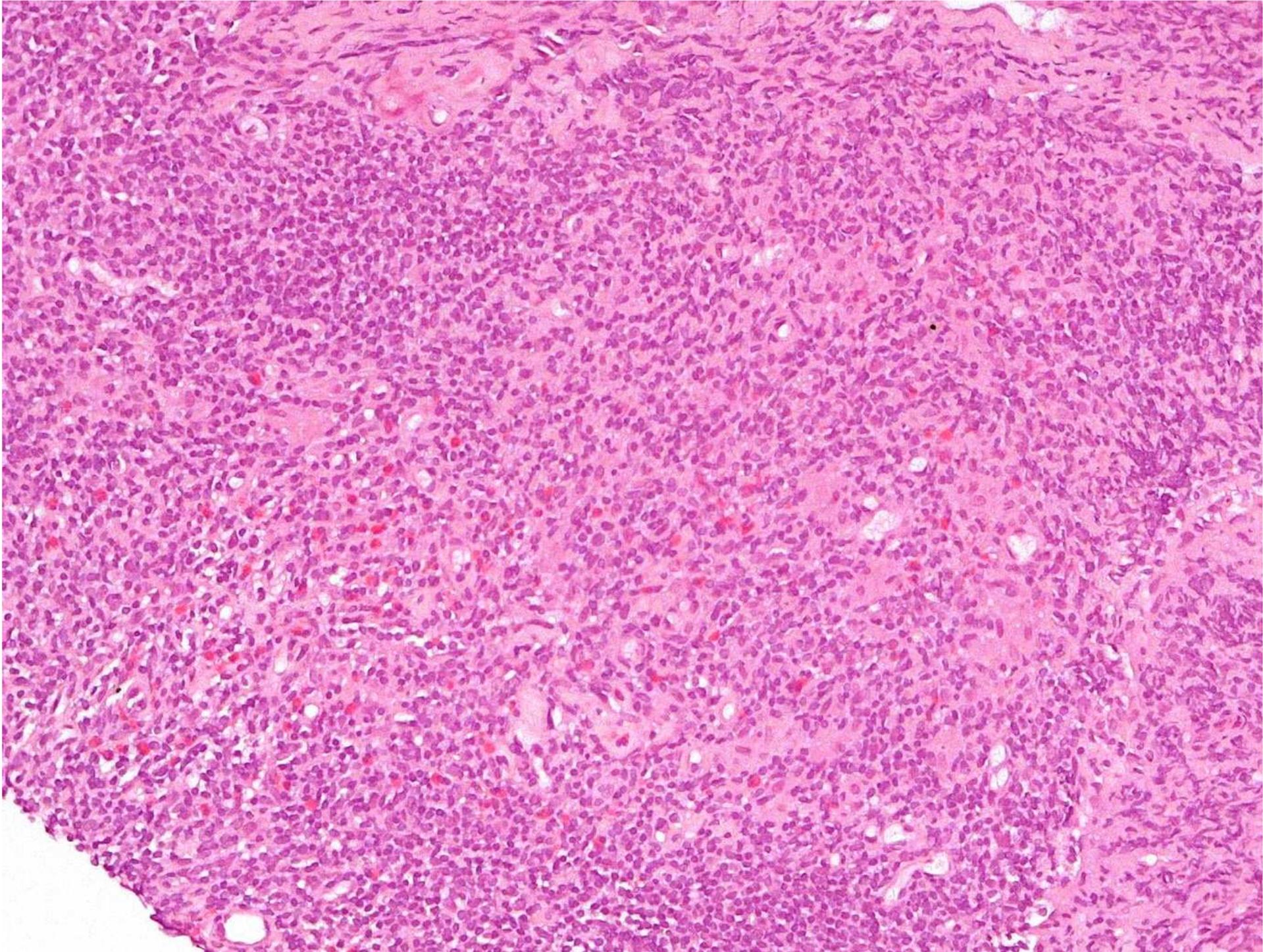
CONCLUSÃO: O conjunto dos achados morfológicos e imunofenotípicos admitem possibilidade de linfoproliferação T em fase circulante, porém necessita confirmação por citogenética ou pesquisa de clonalidade T por biologia molecular.

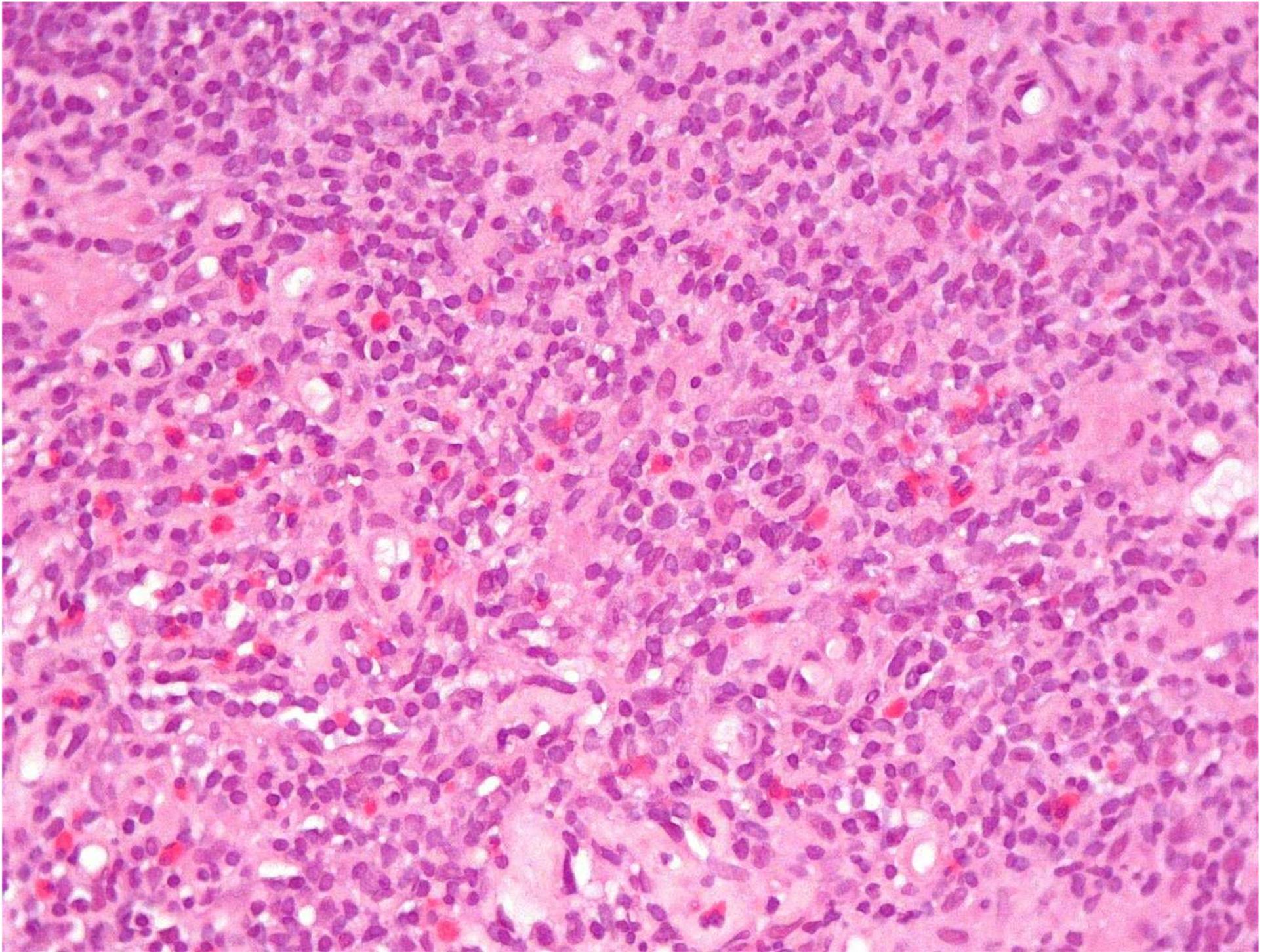
- *Pesquisa de clonalidade T (09/05/11): O rearranjo clonal do TCR sugere diagnóstico de doença linfoproliferativa T, entretanto, há necessidade de correlação com outros exames laboratoriais e achados clínicos para a elucidação diagnóstica.*

Linfonodo axilar direito
Junho/2011

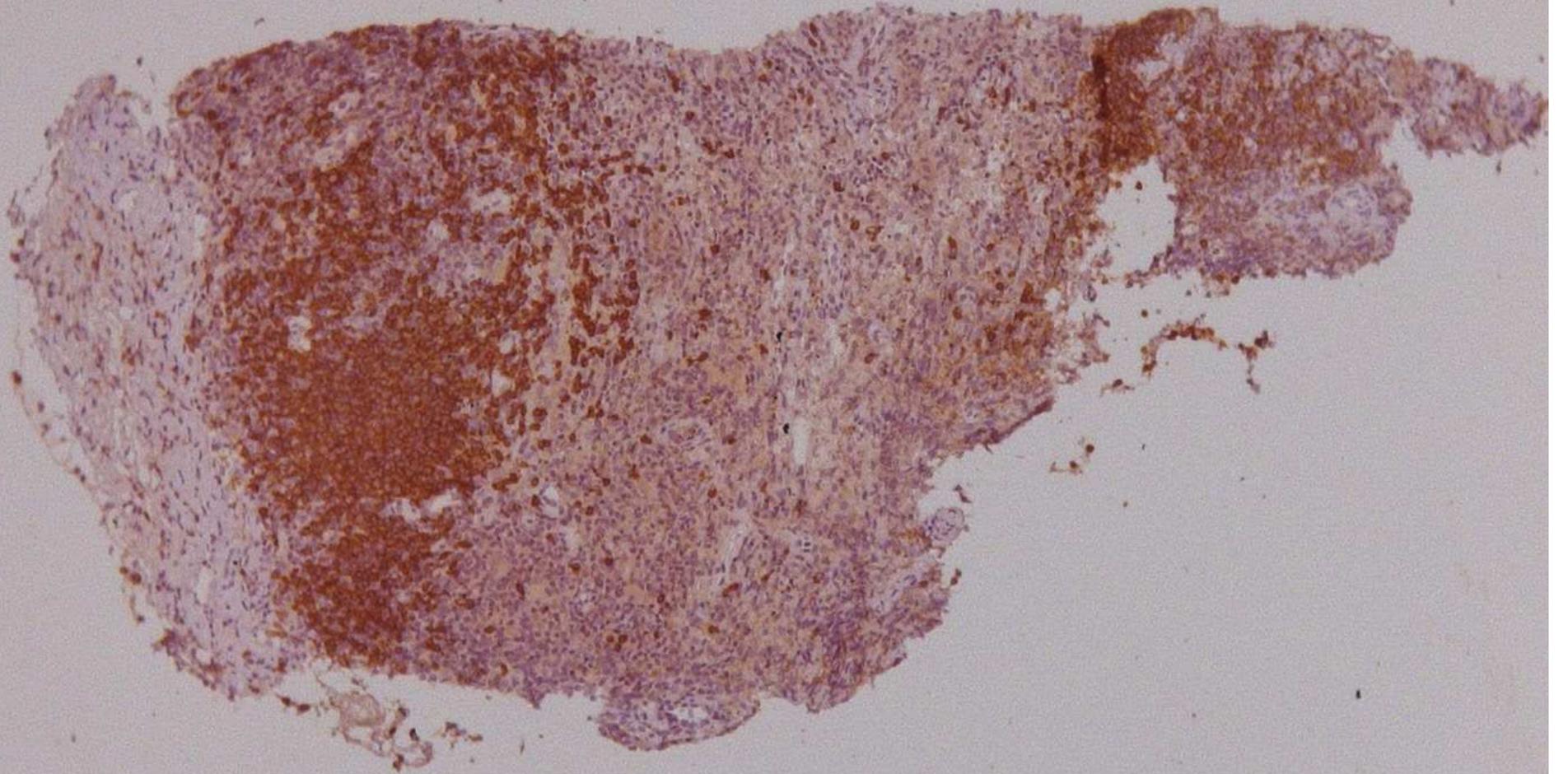




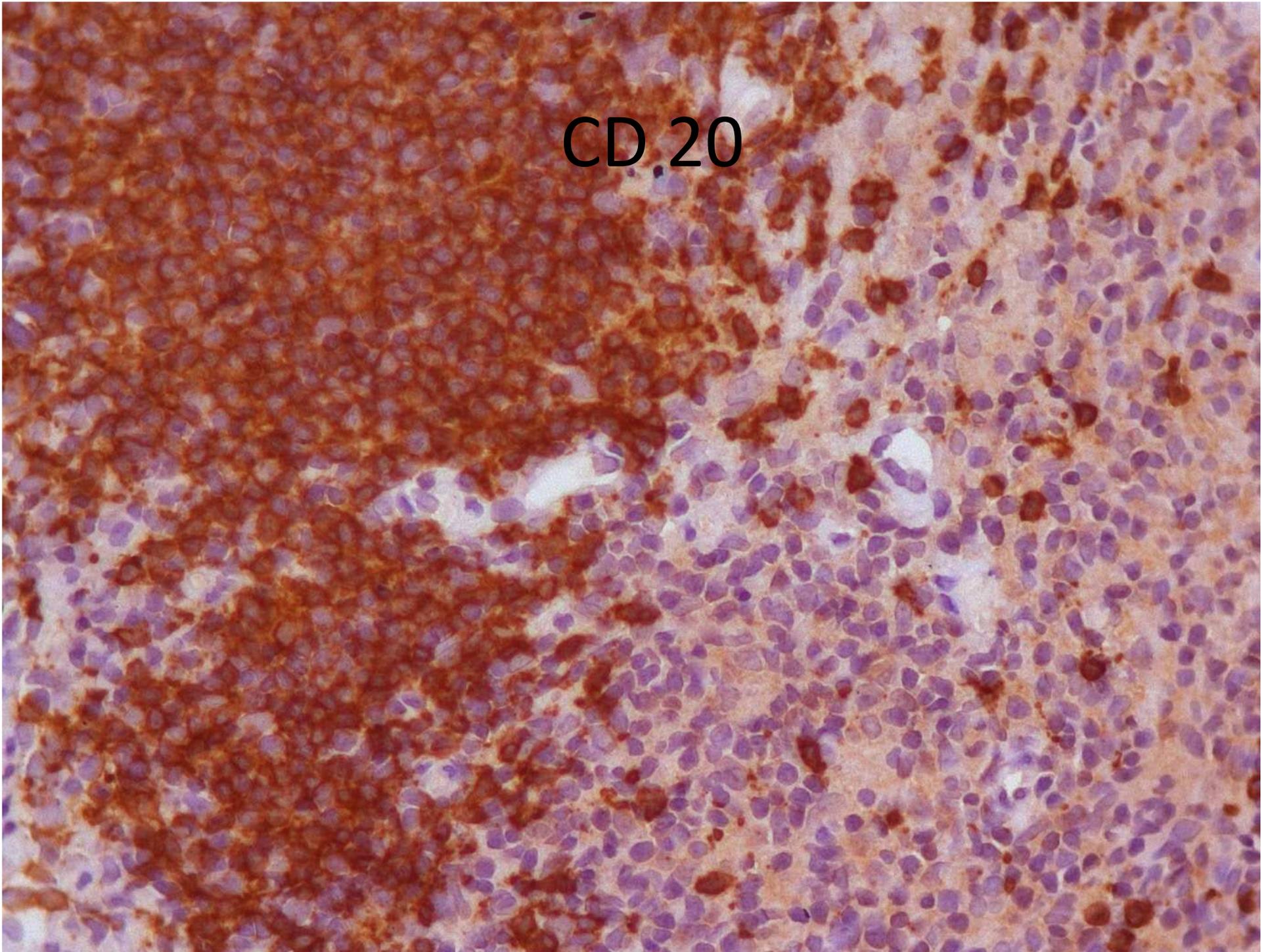




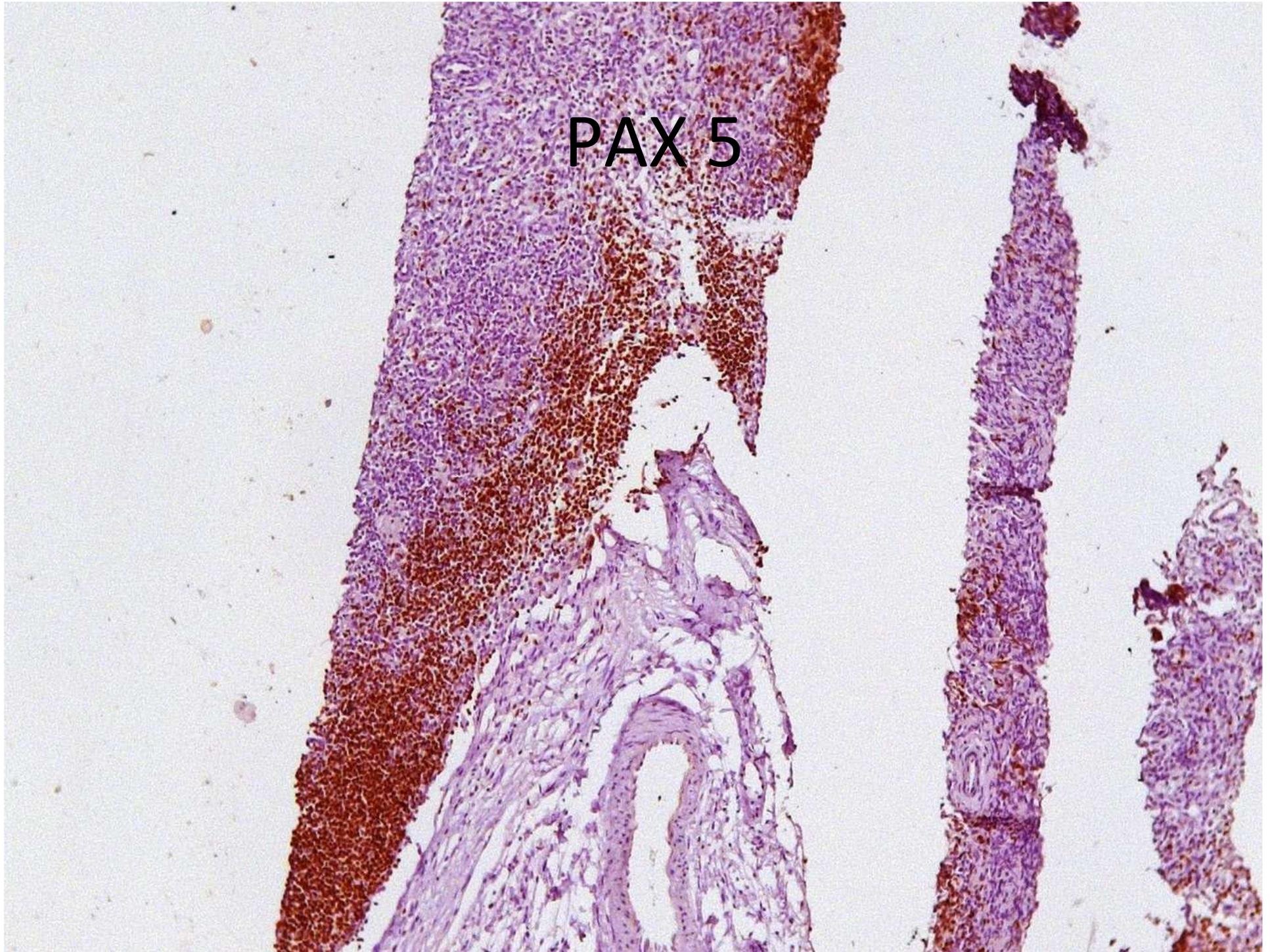
CD 20



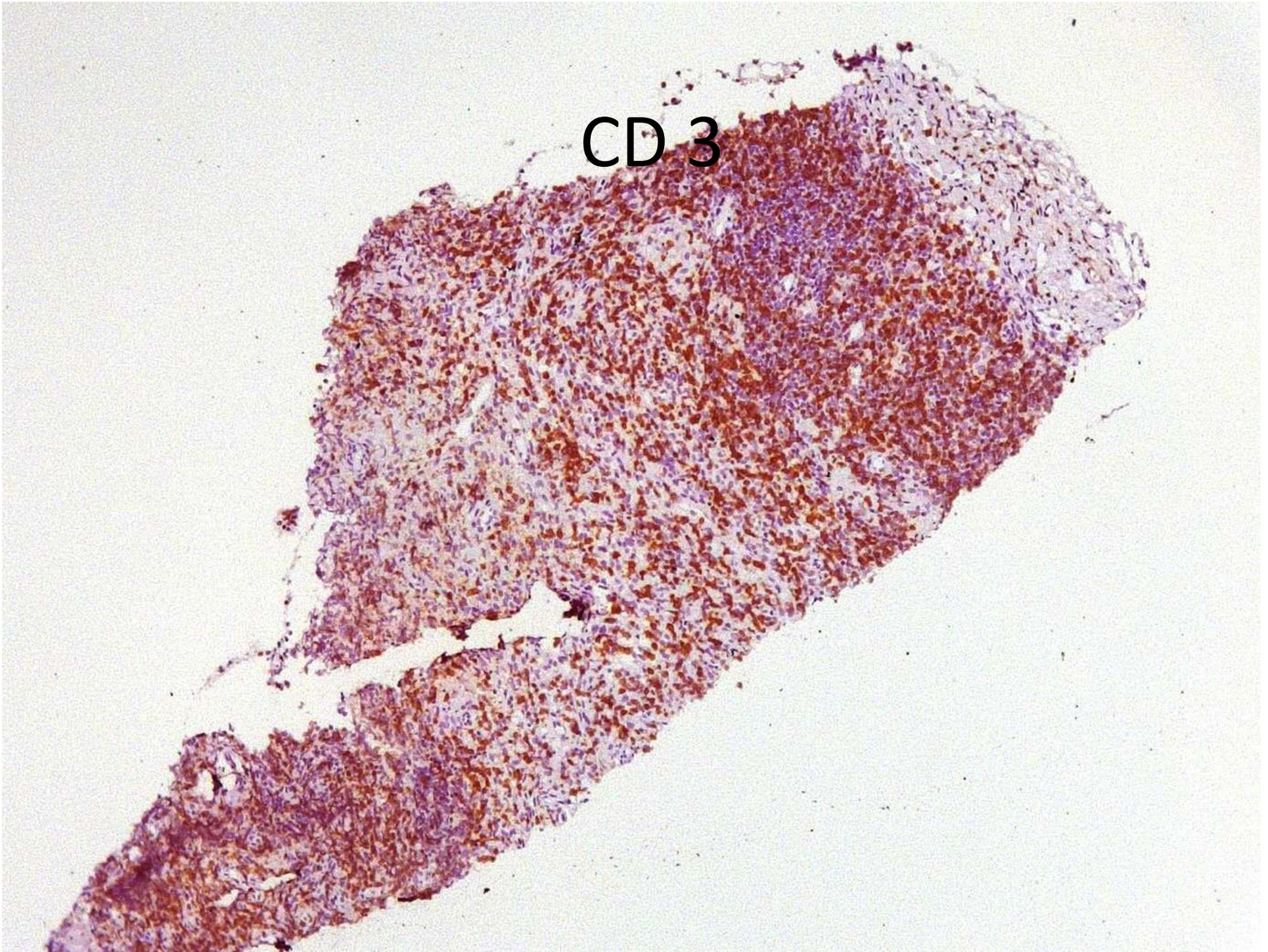
CD 20



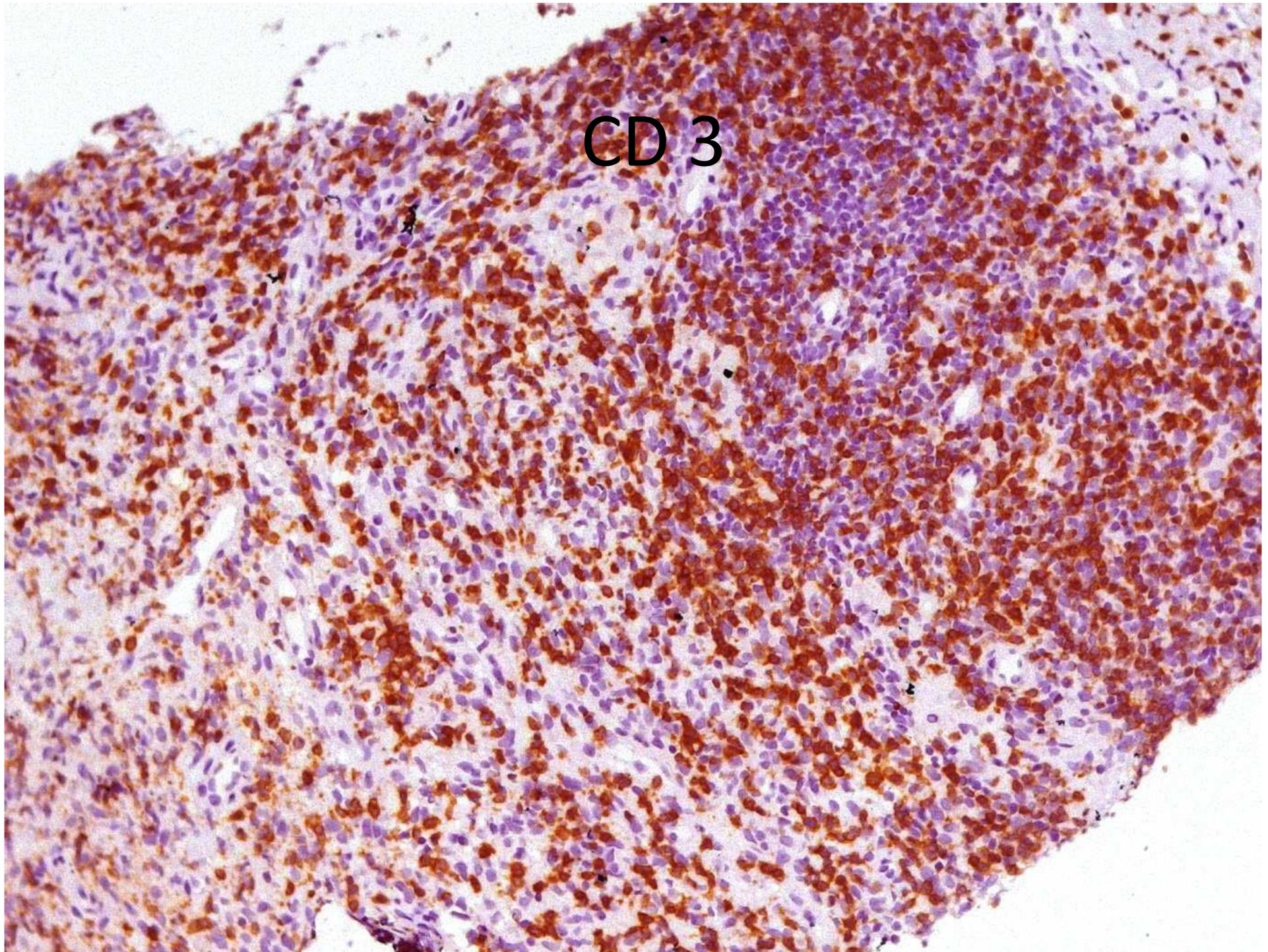
PAX 5



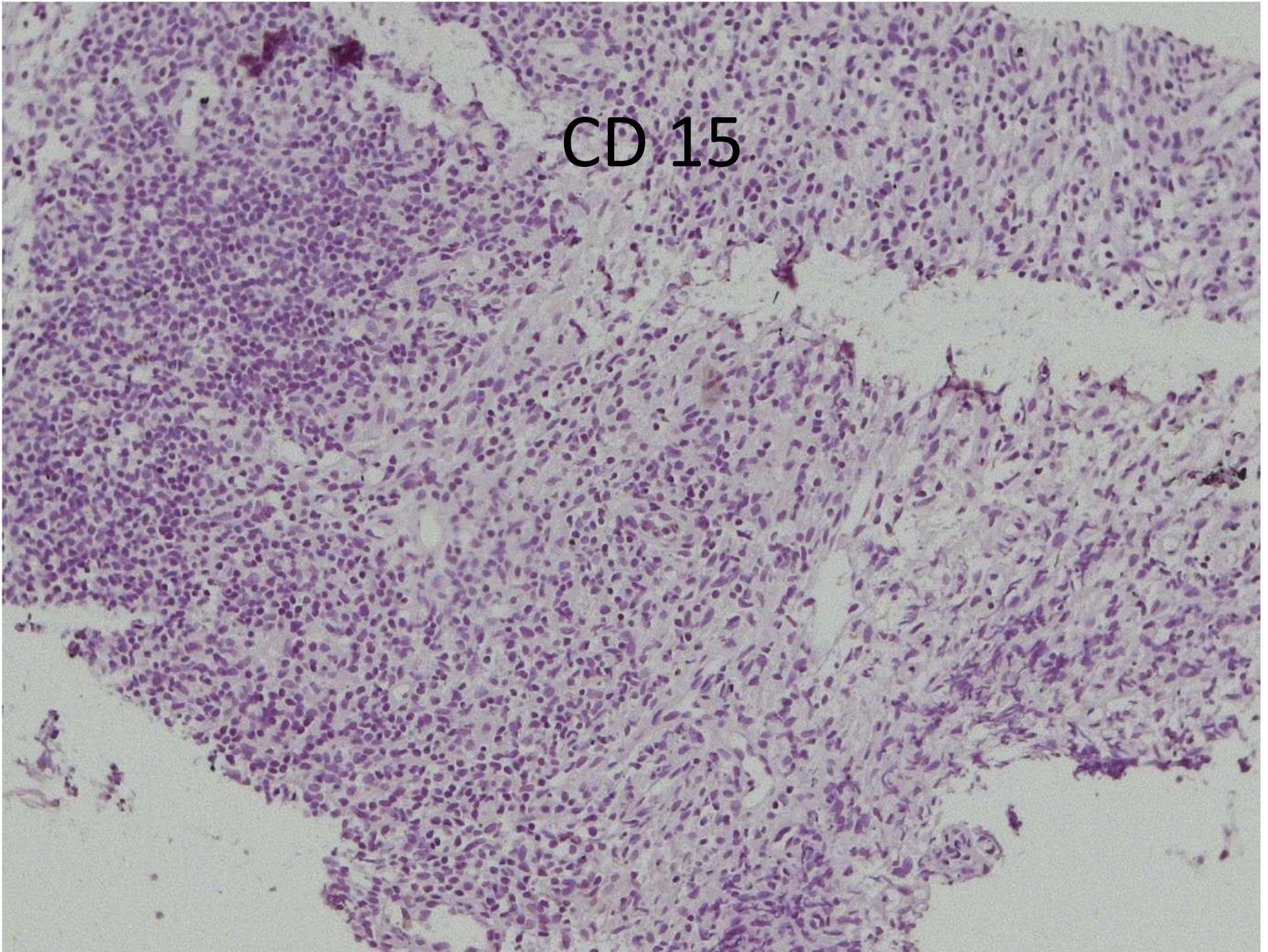
CD 3



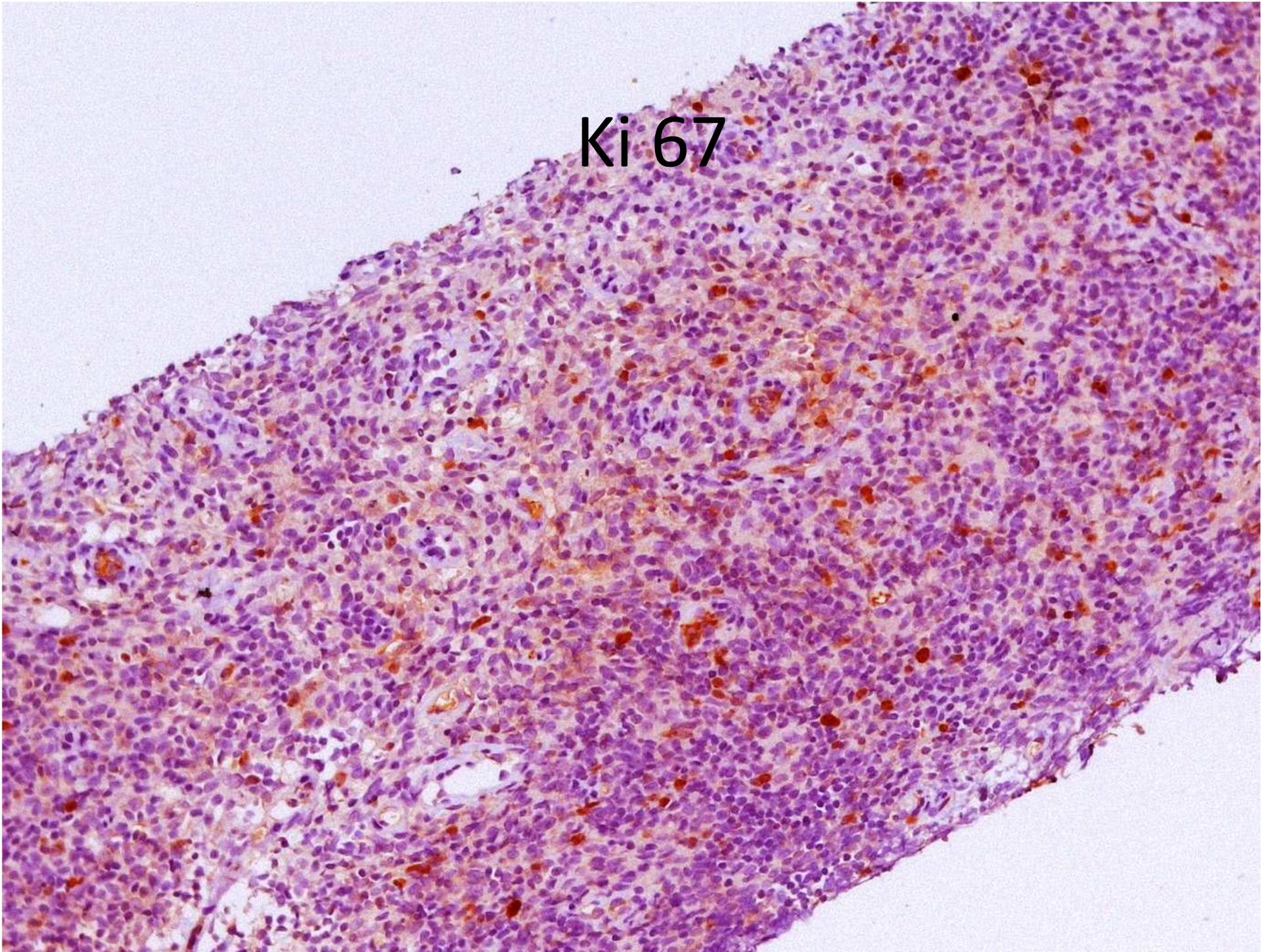
CD 3



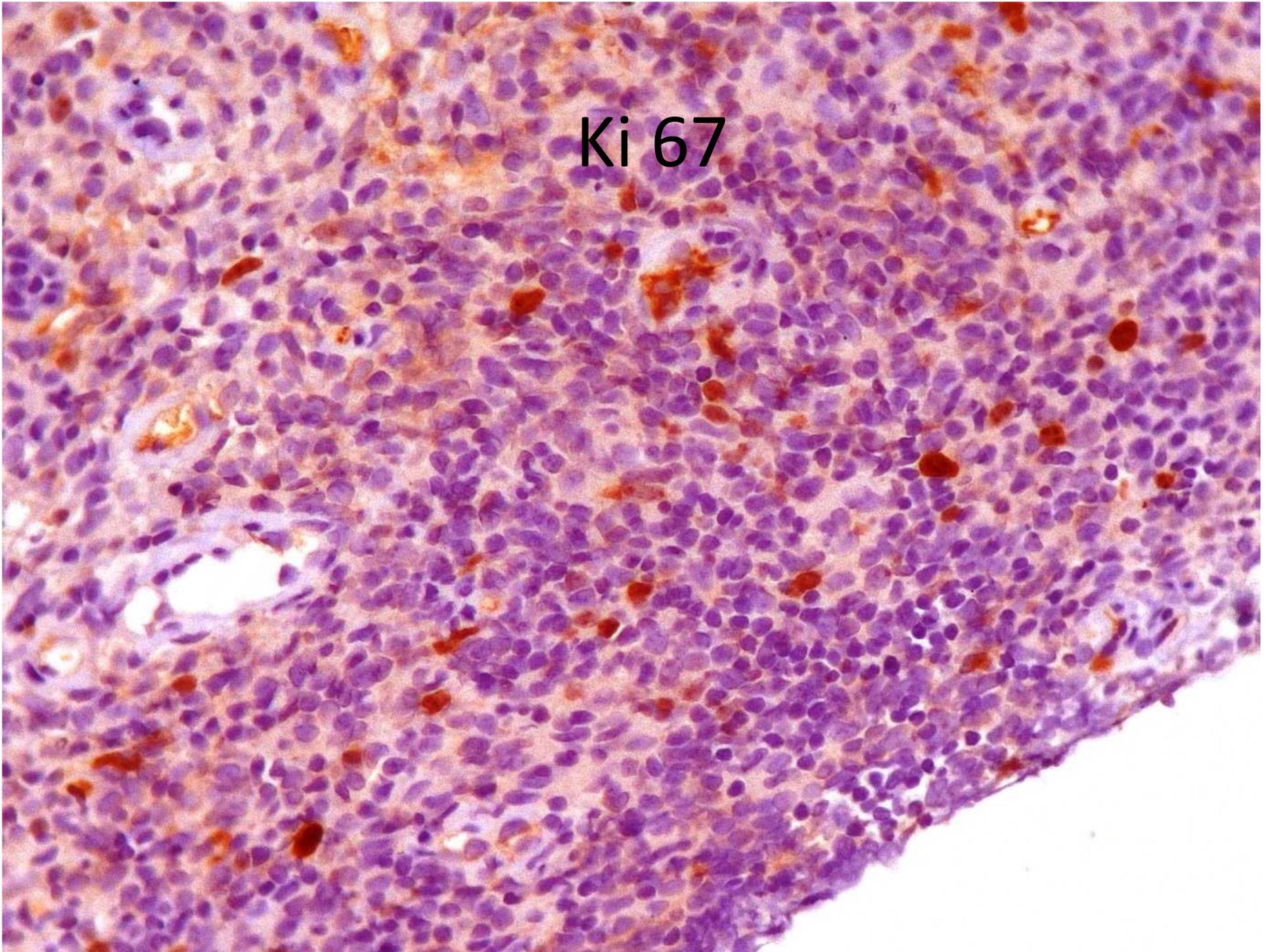
CD 15



Ki 67



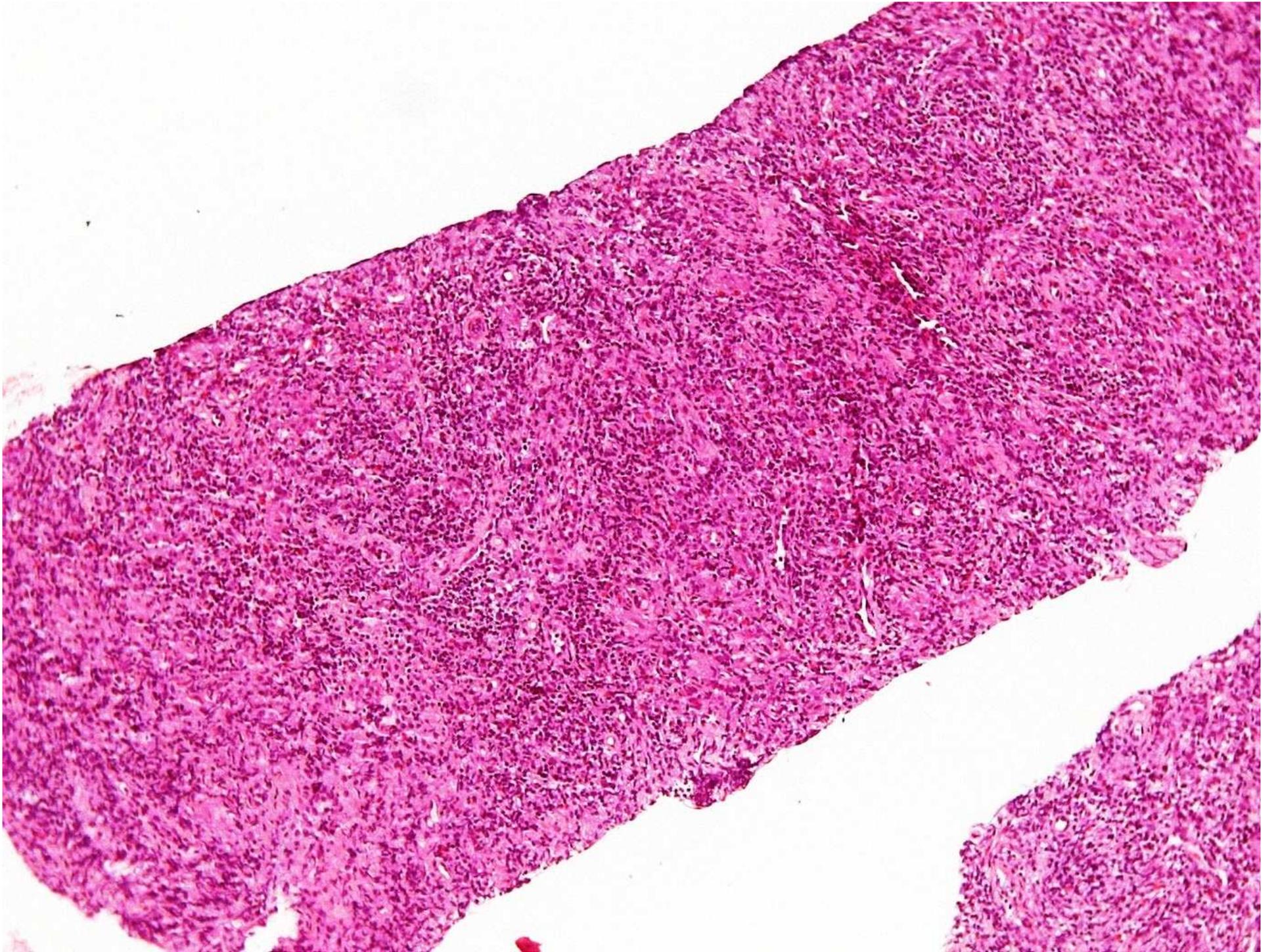
Ki 67

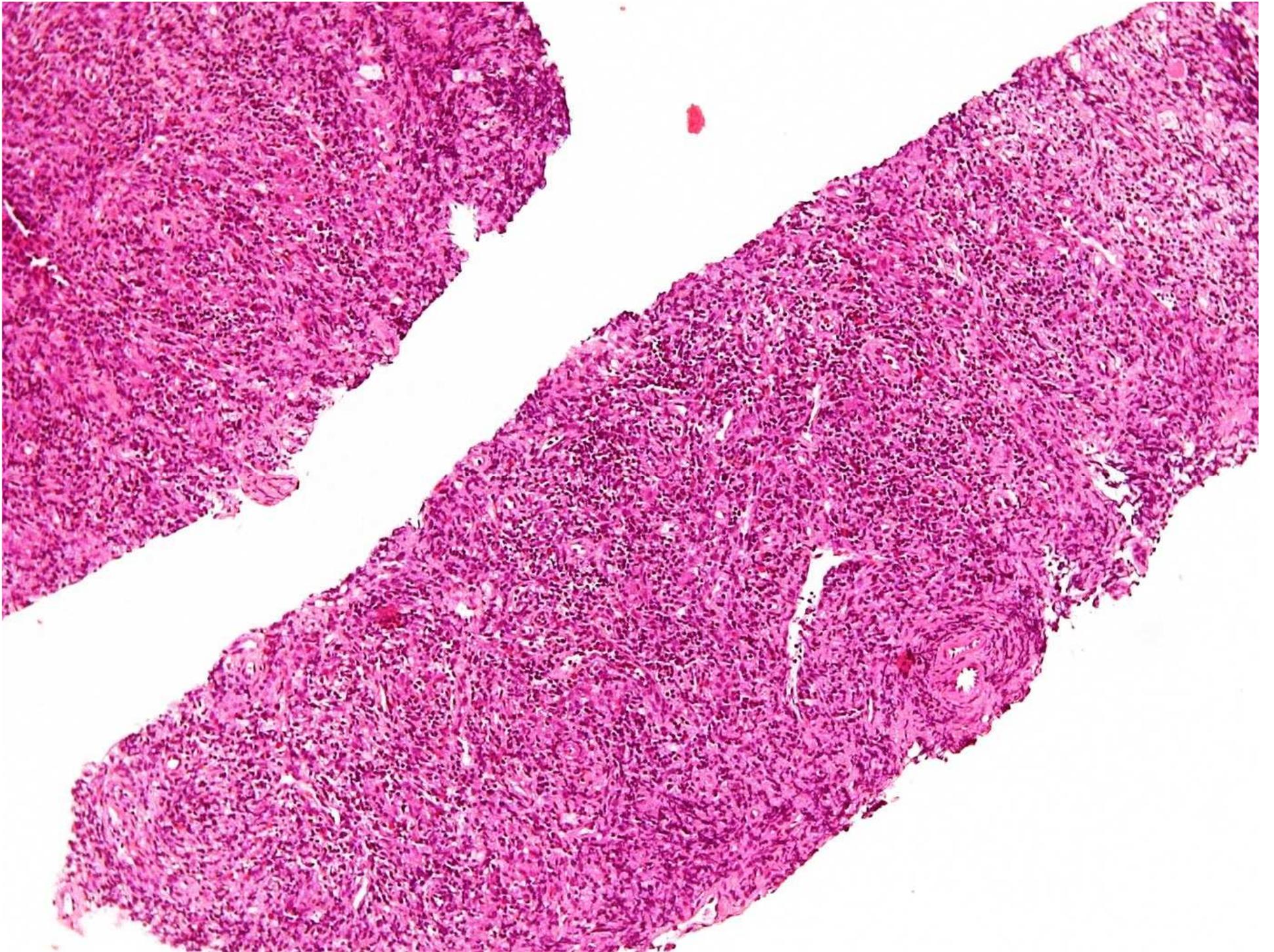


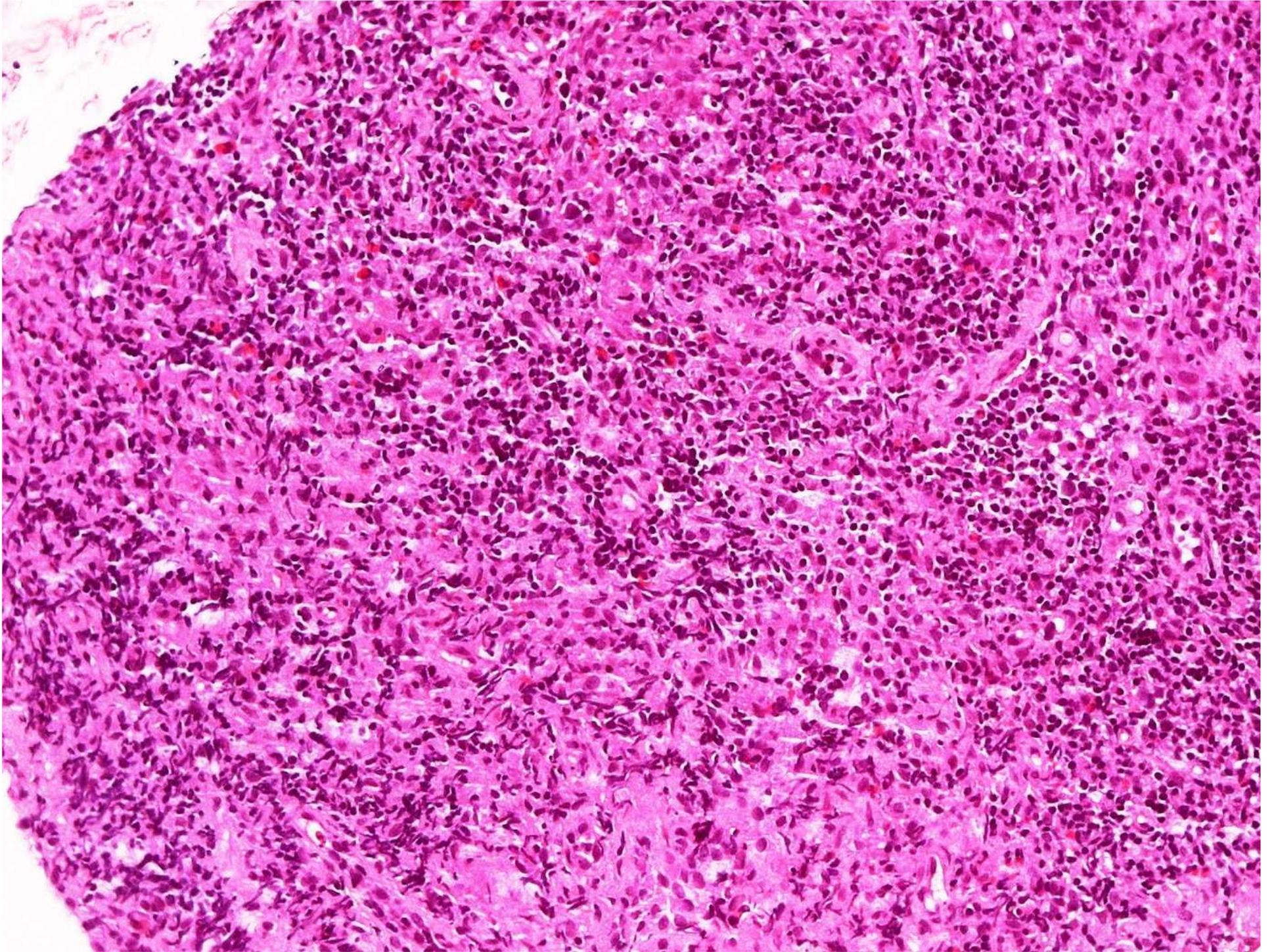
- *Pesquisa de clonalidade T (09/05/11): O rearranjo clonal do TCR sugere diagnóstico de doença linfoproliferativa T, entretanto, há necessidade de correlação com outros exames laboratoriais e achados clínicos para a elucidação diagnóstica.*
- *Pesquisa de clonalidade T (04/08/11): Presença de população monoclonal para o gene gama do receptor de célula T. OBS: O rearranjo clonal do TCR sugere o diagnóstico de doença linfoproliferativa T, entretanto, há necessidade de correlação com outros exames laboratoriais, e achados clínicos para a completa elucidação diagnóstica.*

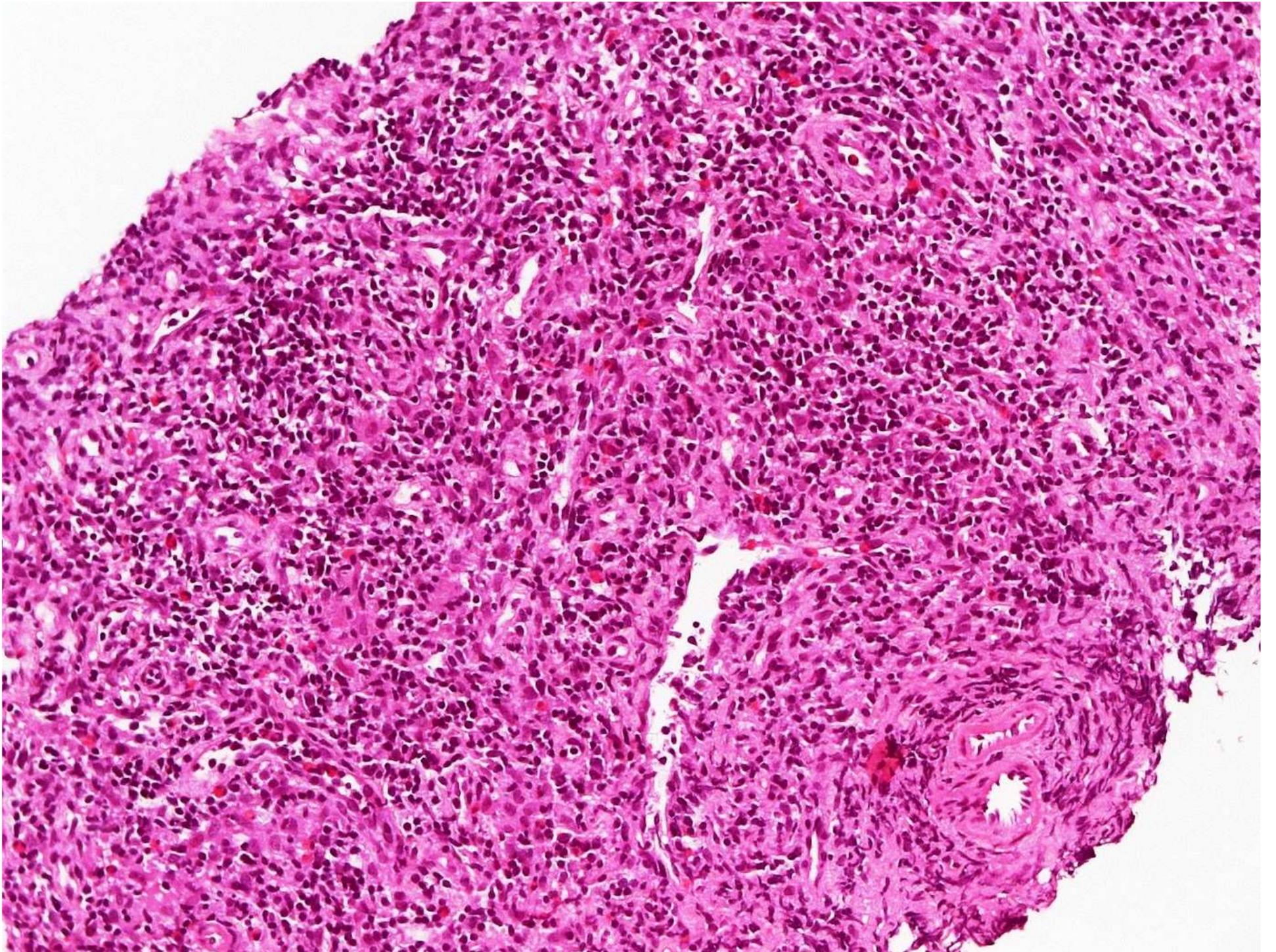
Linfonodo cervical – nivel II
Agosto/2011

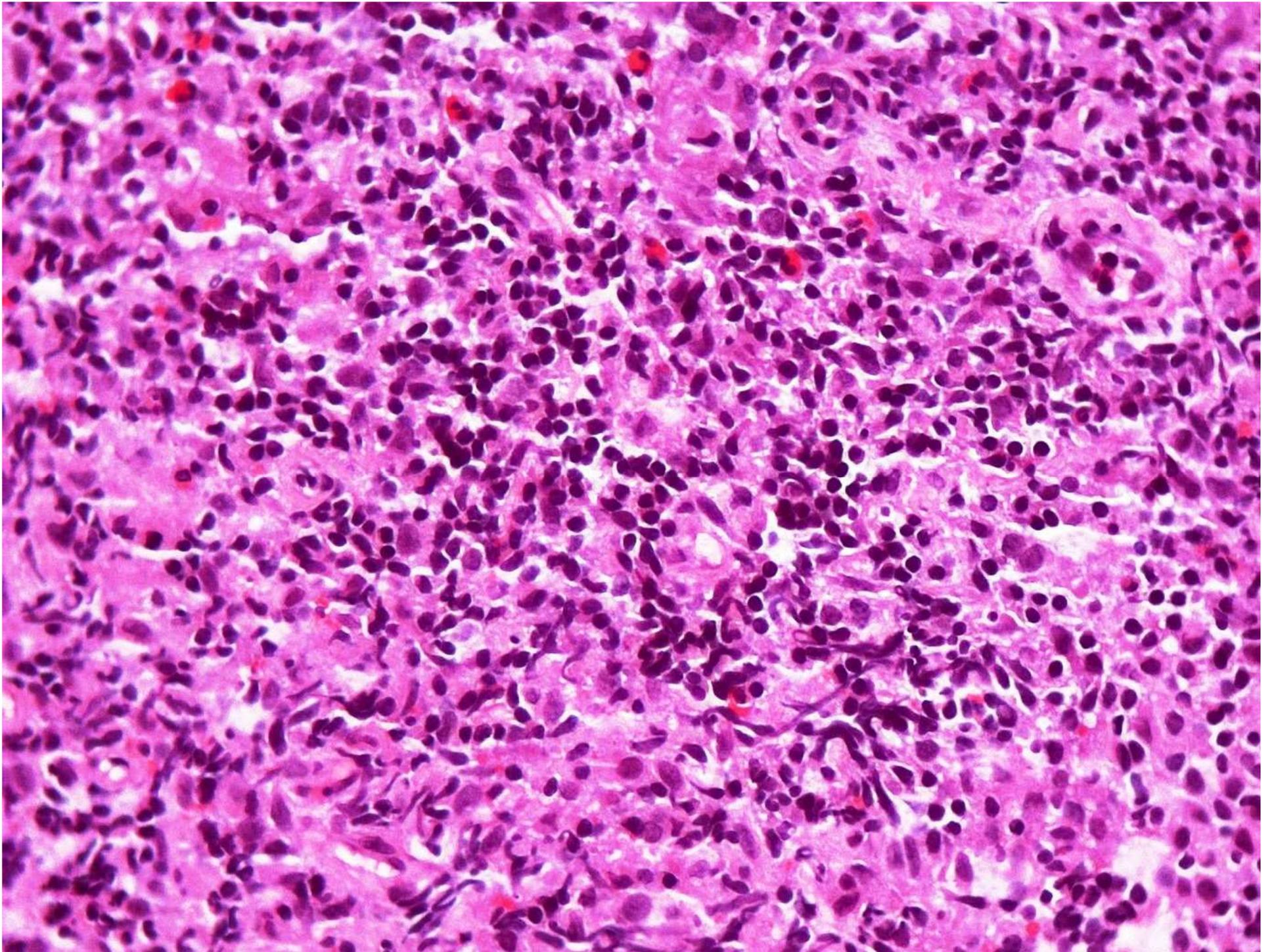


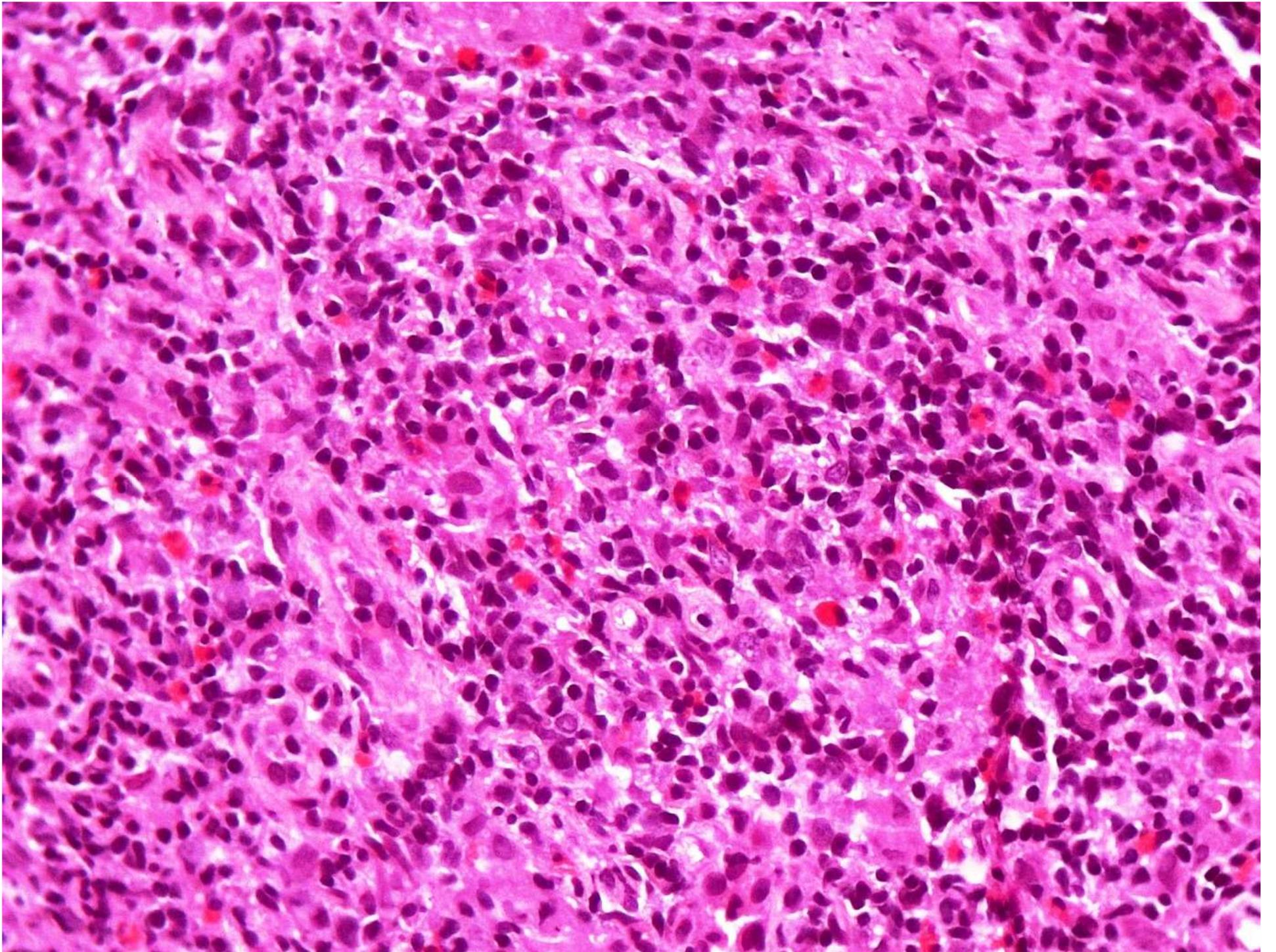


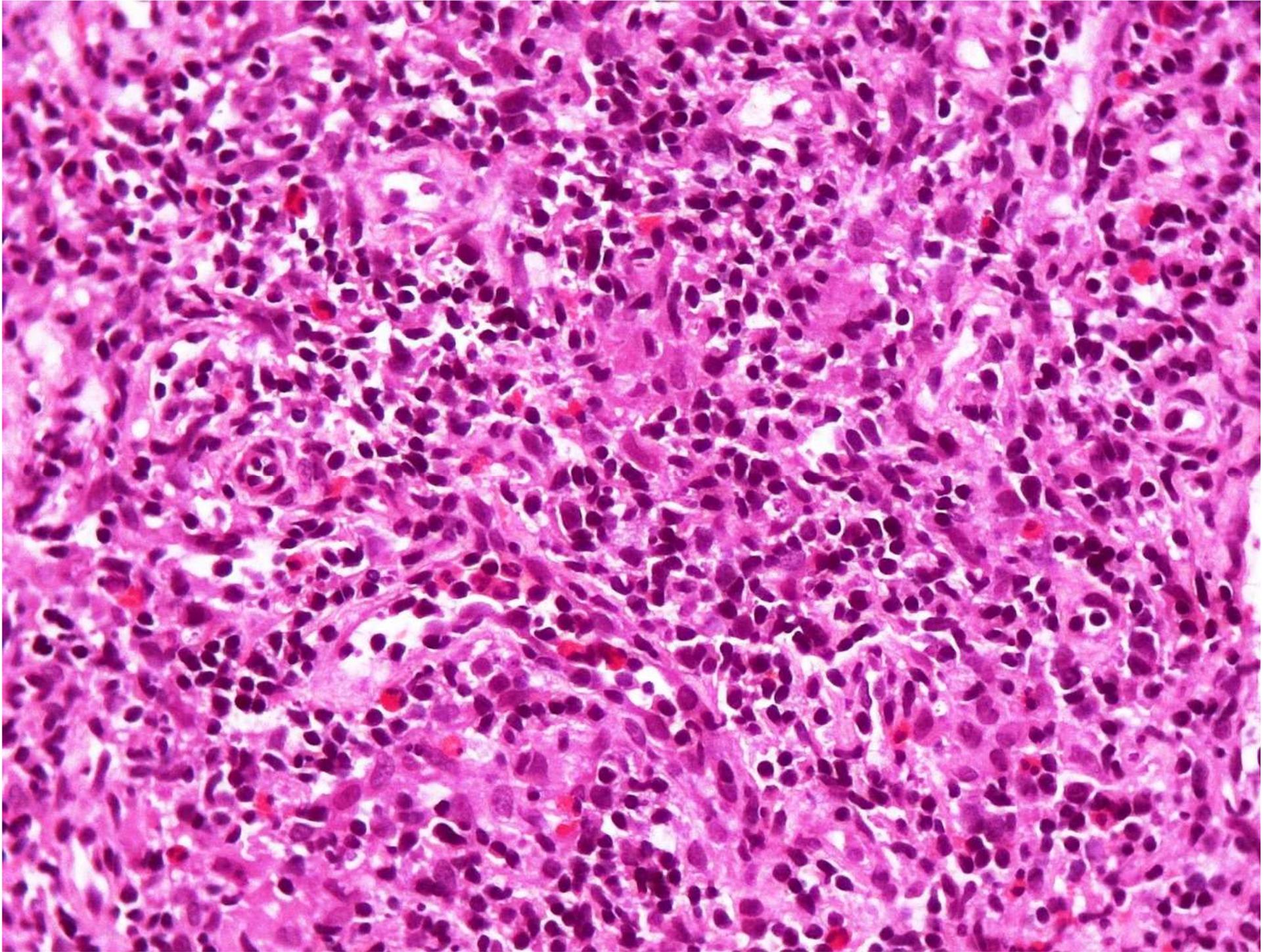




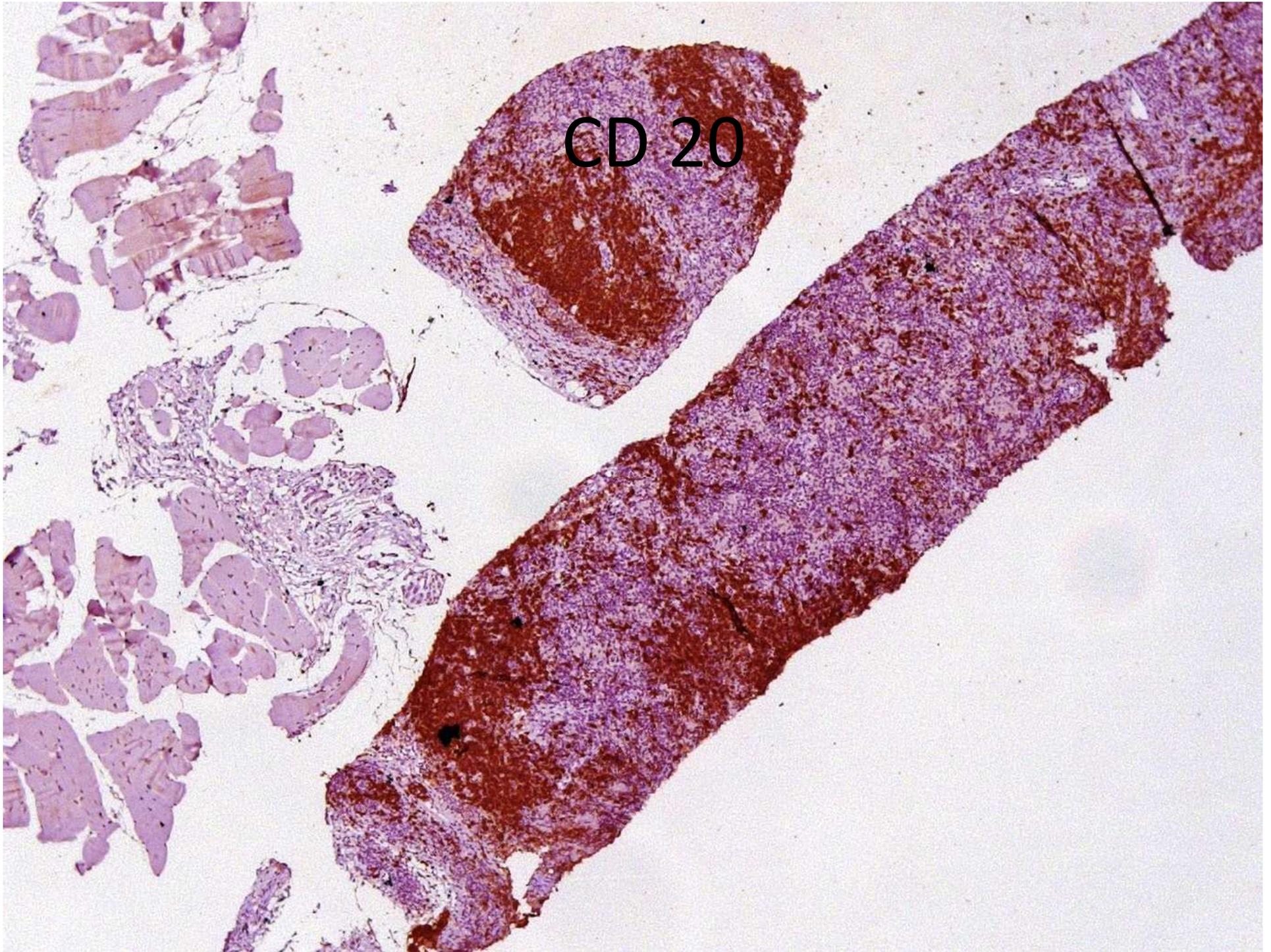




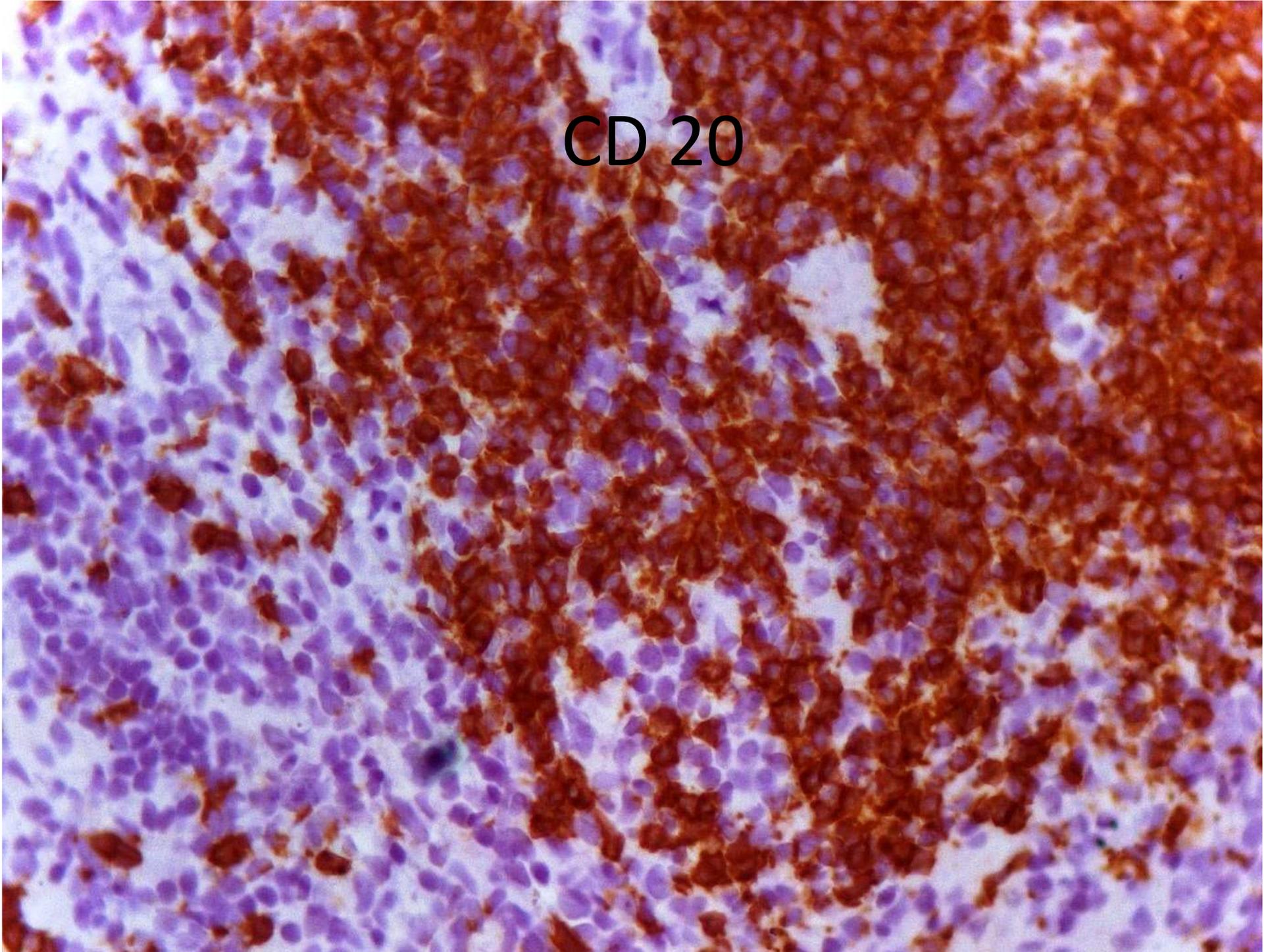




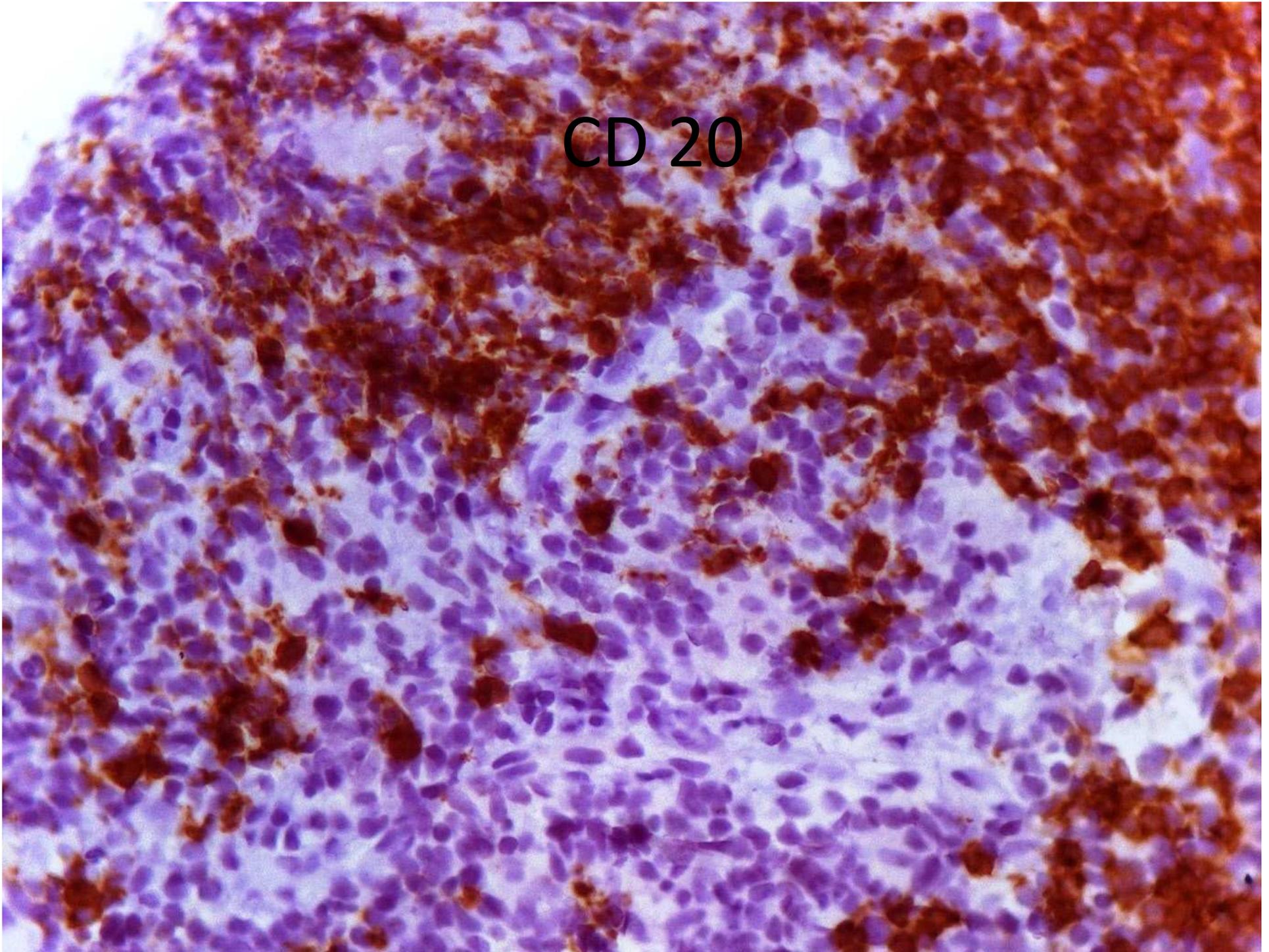
CD 20



CD 20



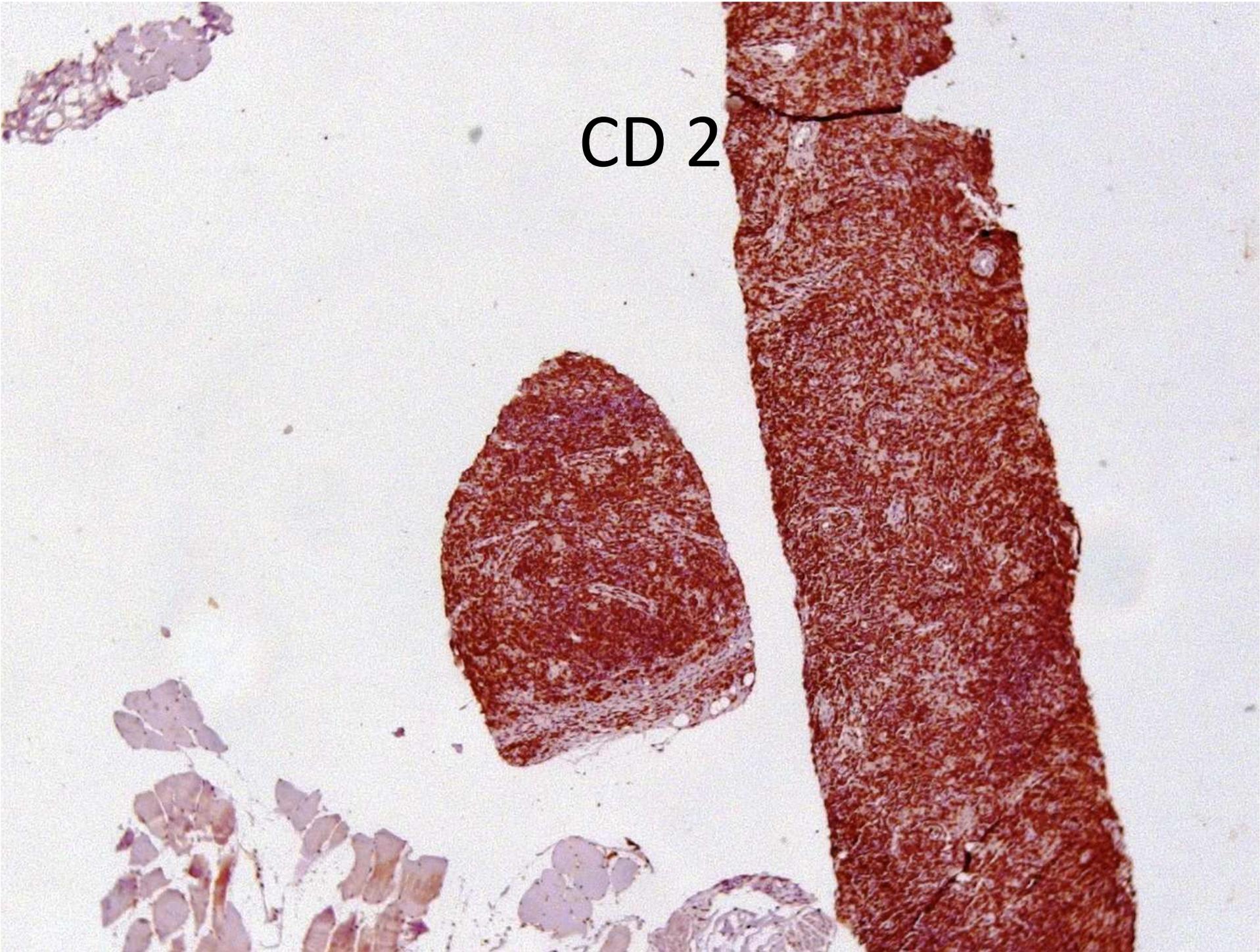
CD 20



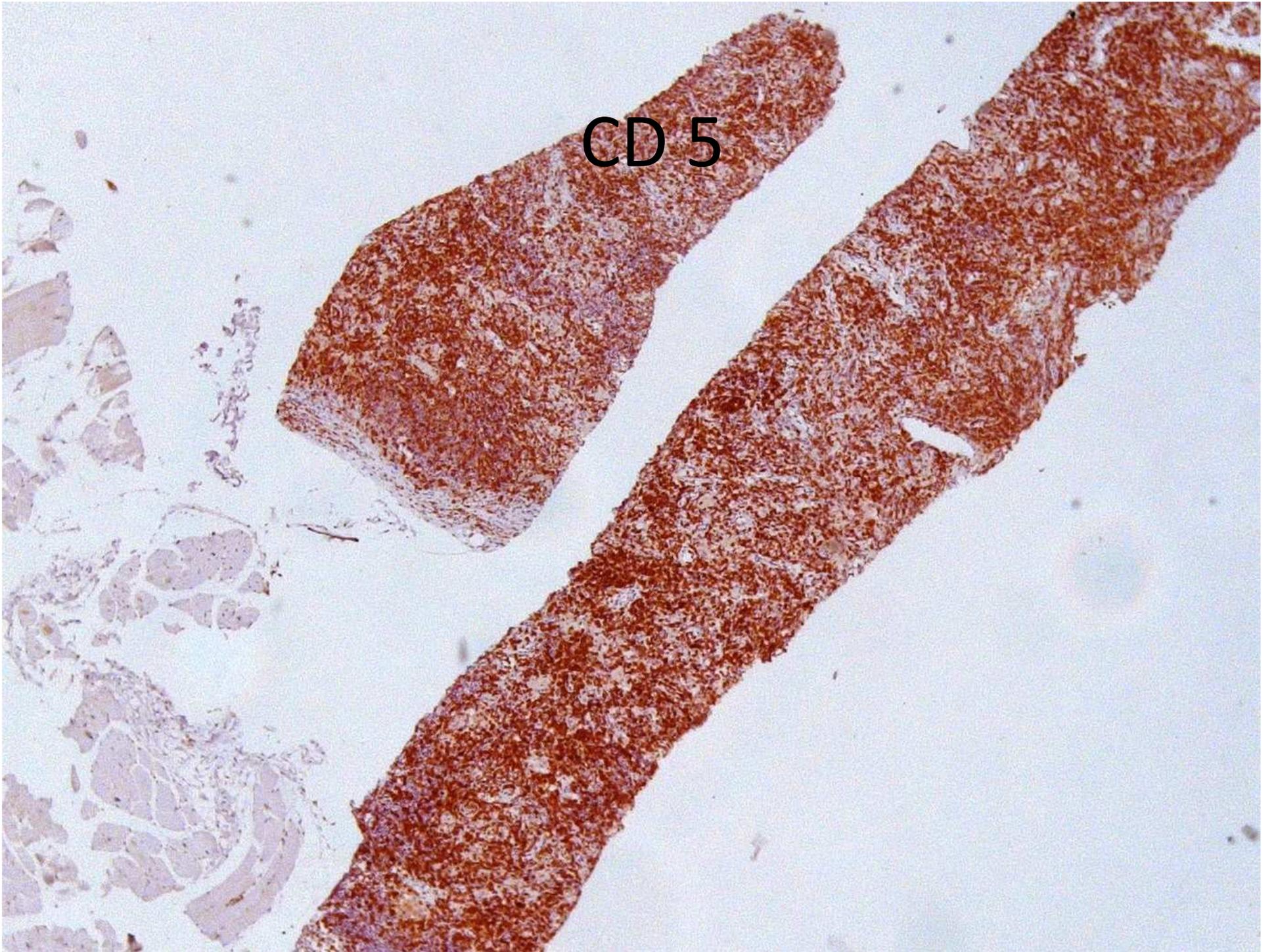
CD 3



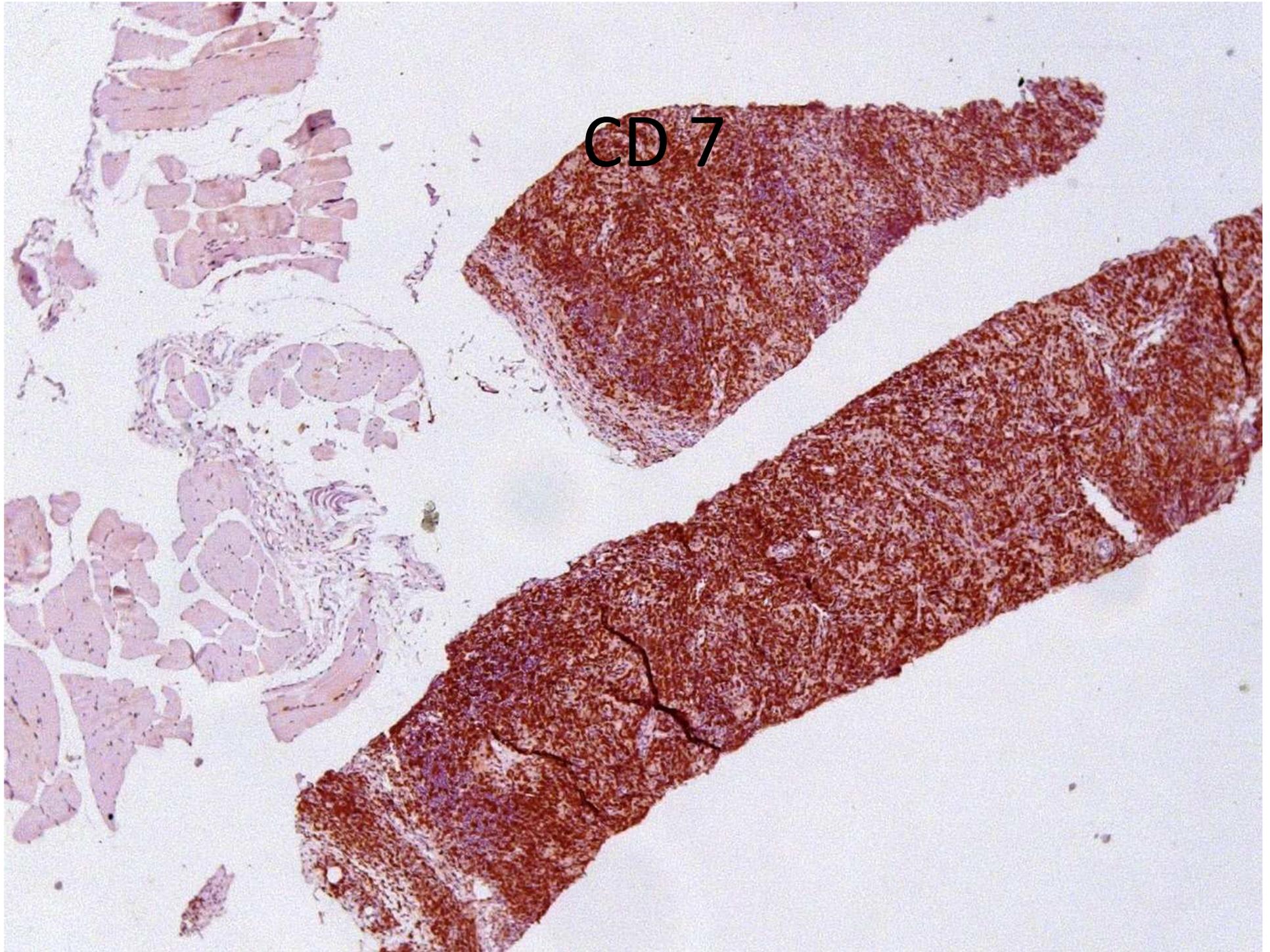
CD 2



CD 5

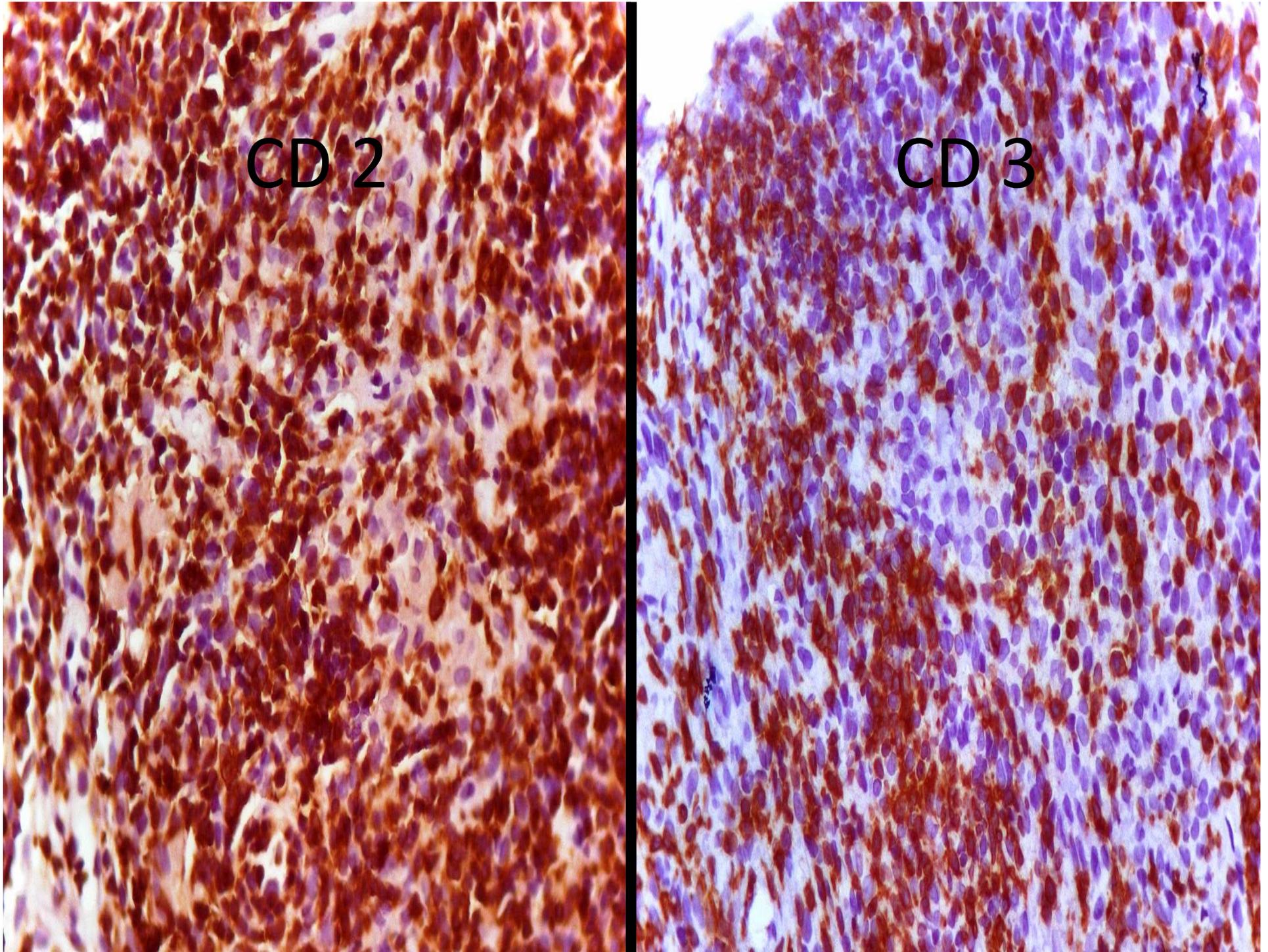


CD 7



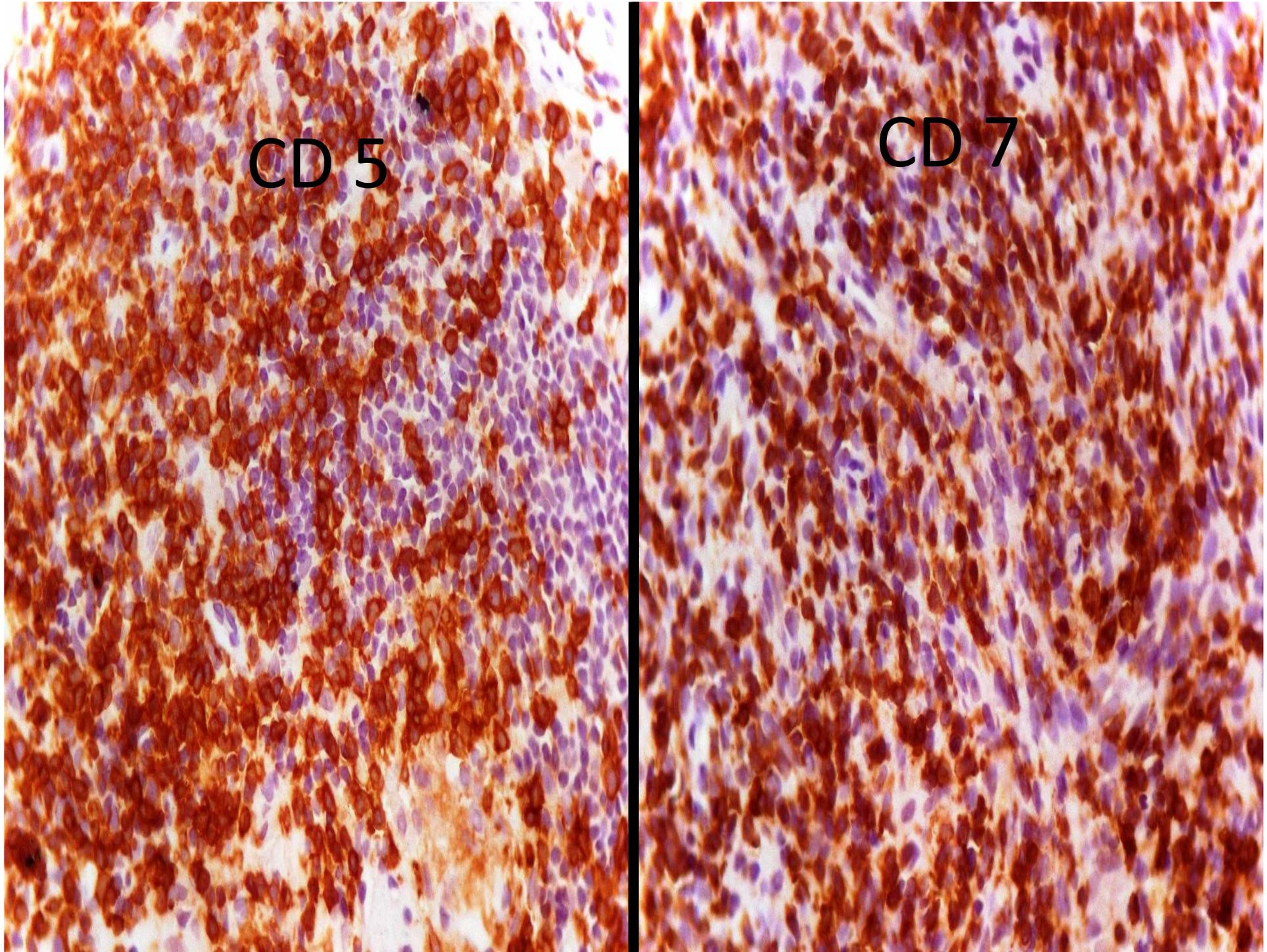
CD 2

CD 3

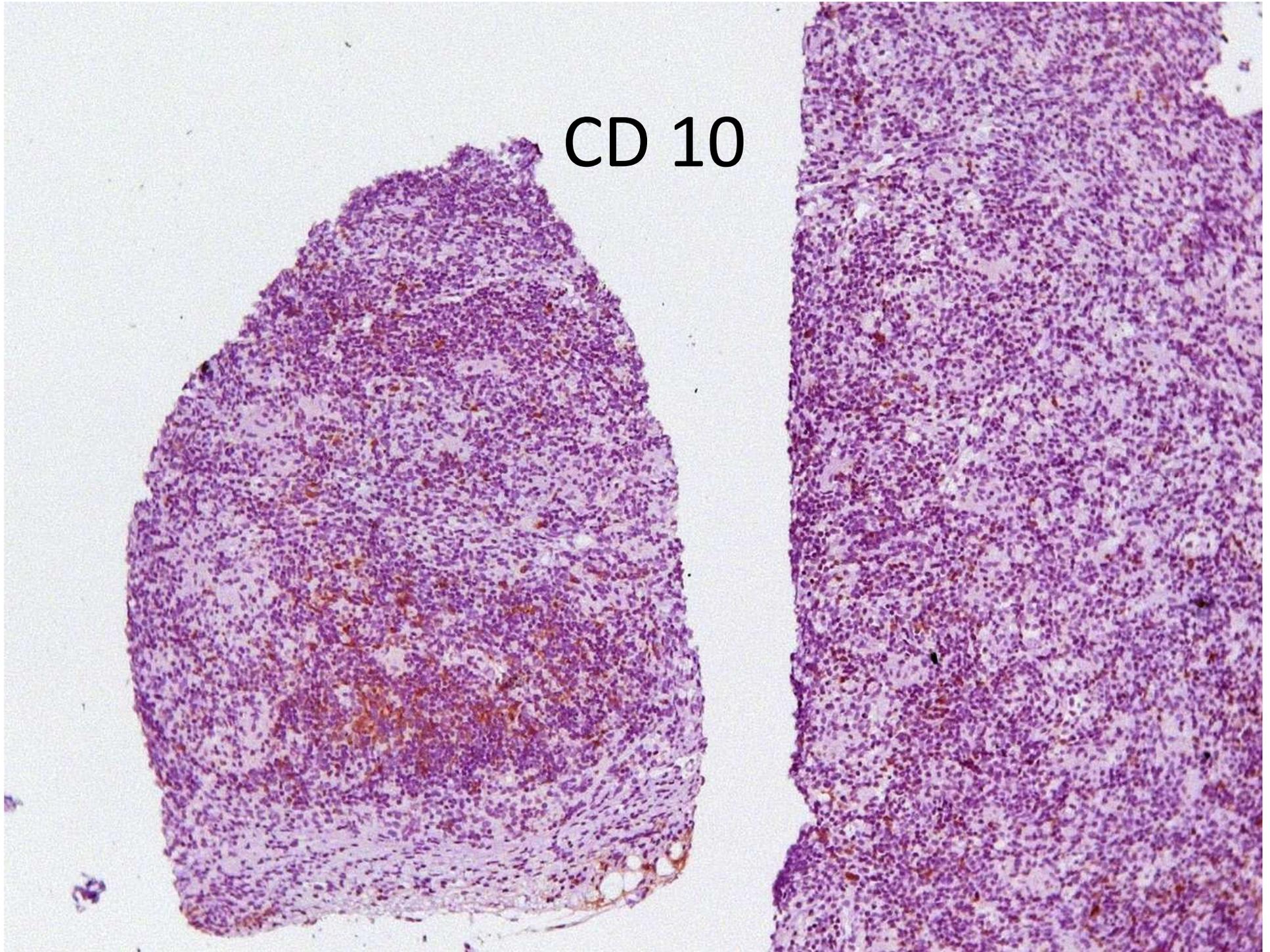


CD 5

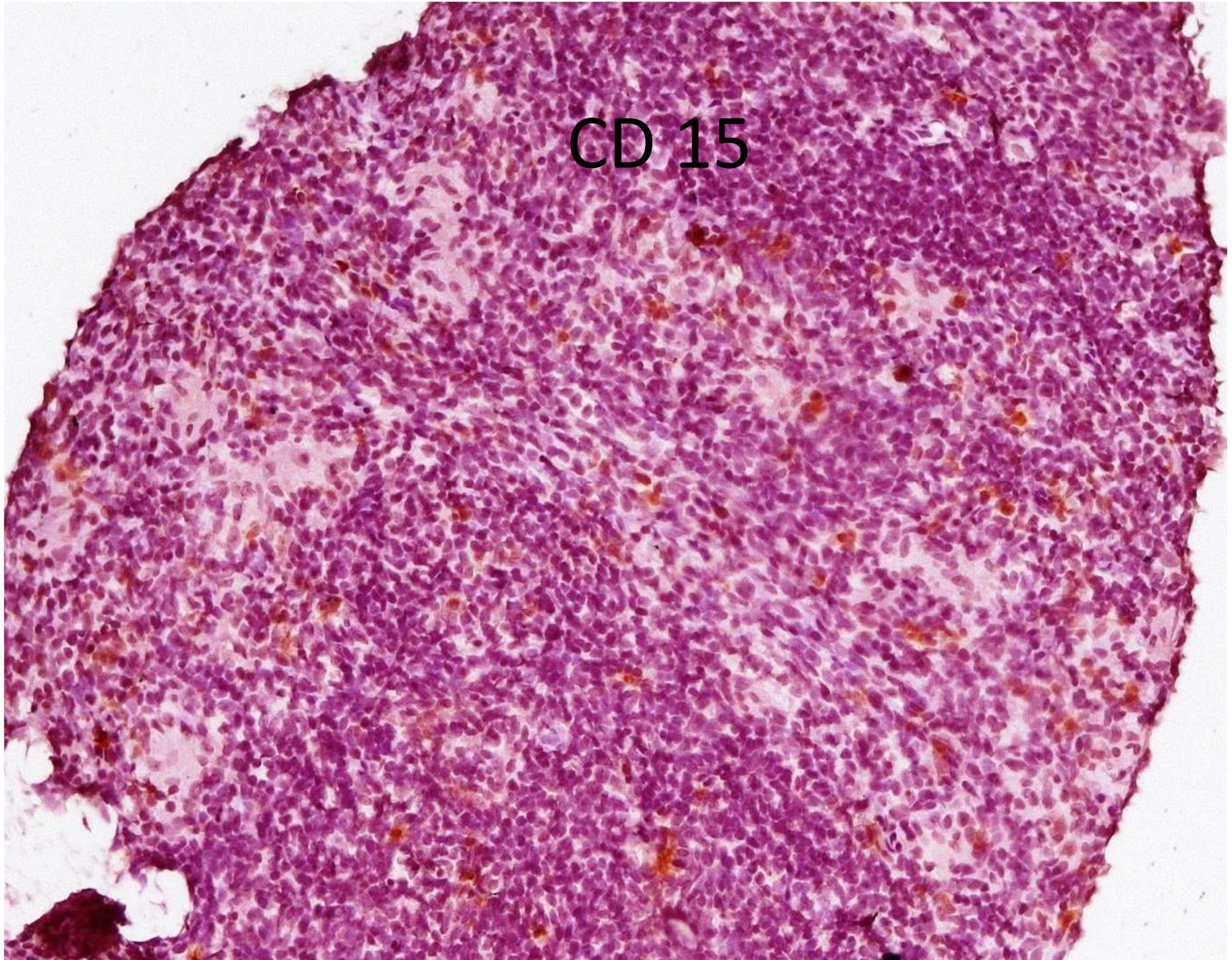
CD 7



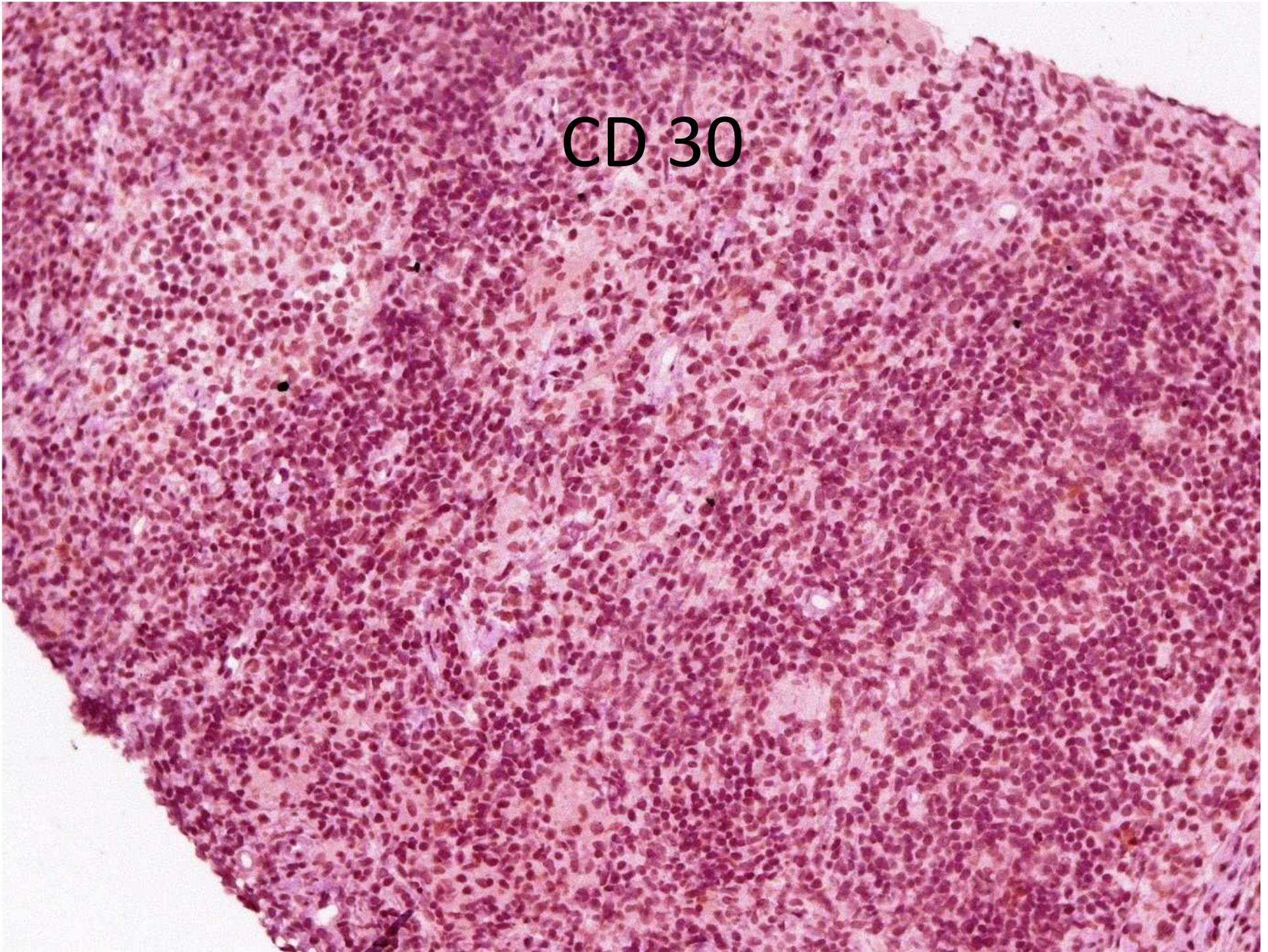
CD 10



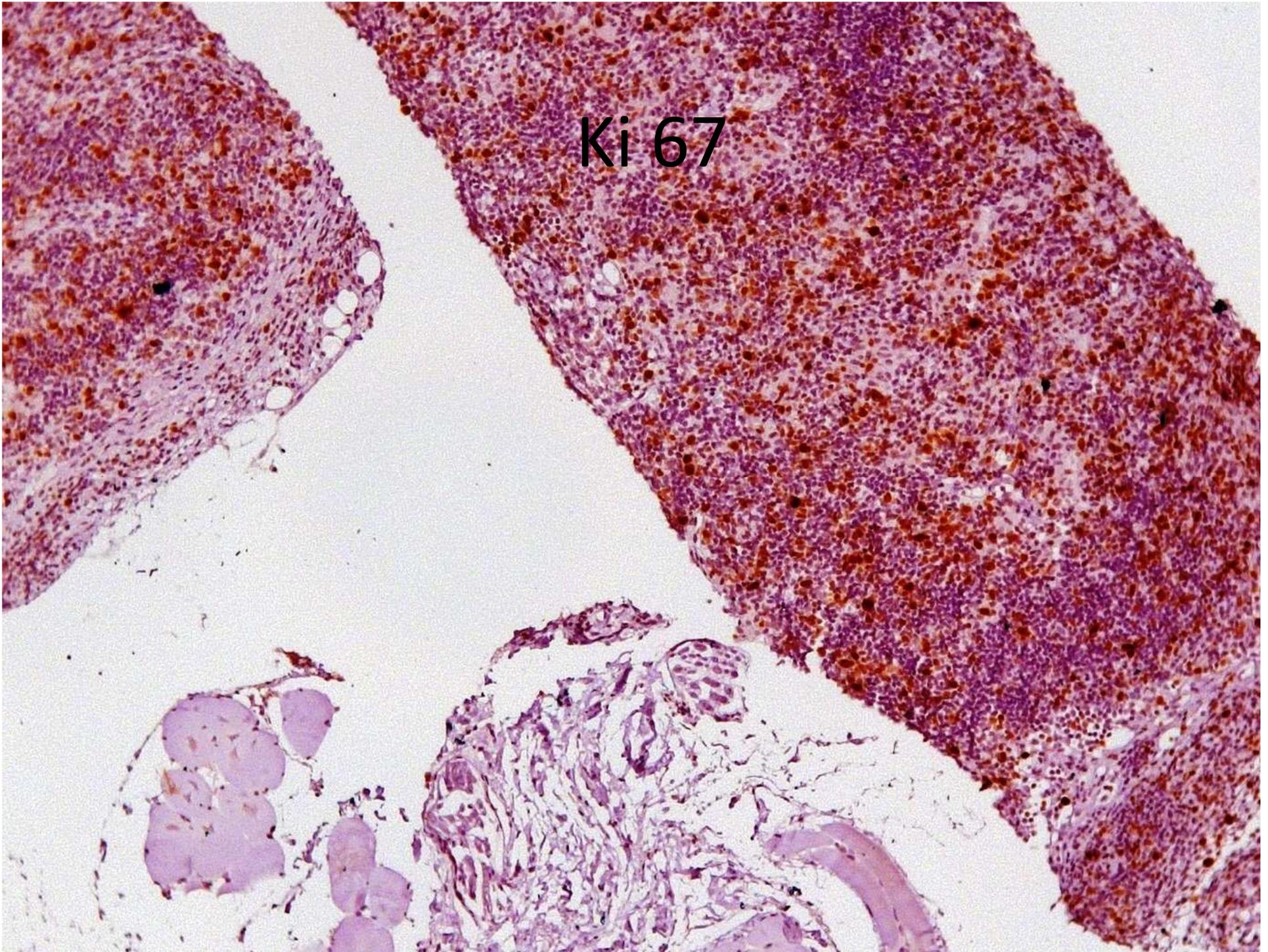
CD 15



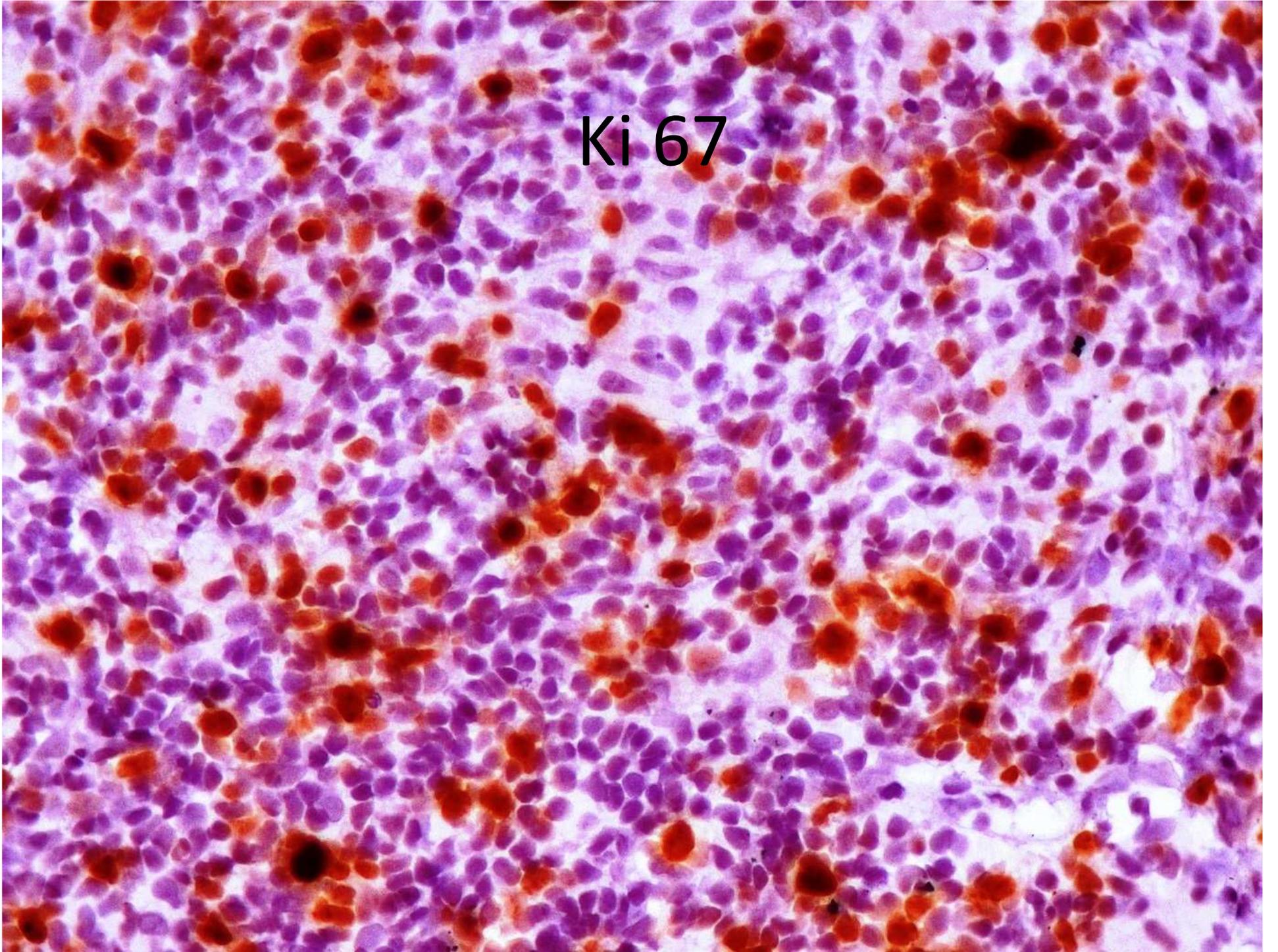
CD 30



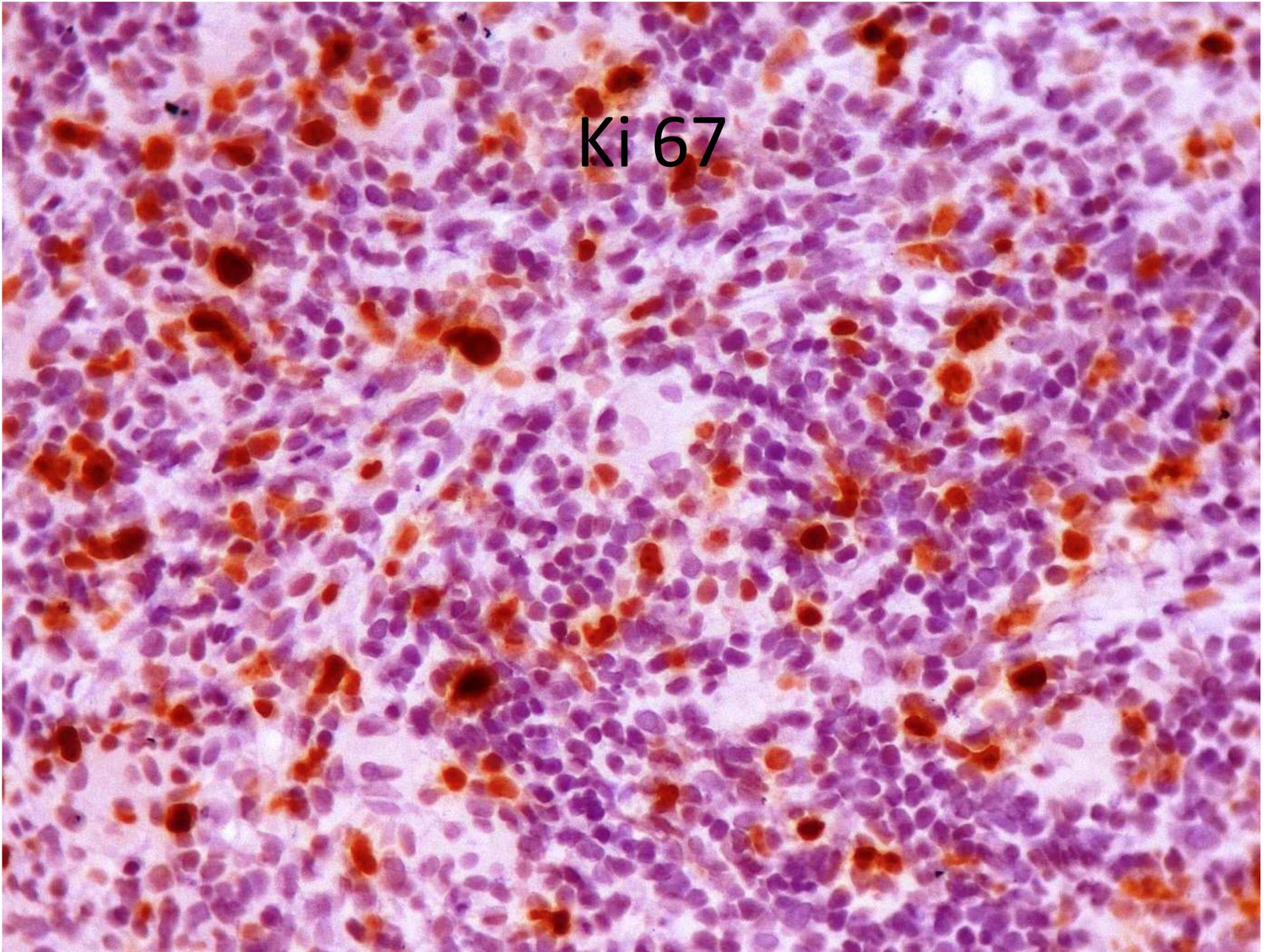
Ki 67



Ki 67



Ki 67



- **Biópsia de linfonodo cervical nível II**

- **Conclusão:** biópsia de linfonodo cervical nível II: - FRAGMENTOS COM ESCASSA REPRESENTAÇÃO DE TECIDO LINFÓIDE (LINFONODO), NÃO VISUALIZADO CÉLULAS COM CARACTERES DE REED-STERBERG.

- **Laudo de exame Imuno-histoquímico**

- CD 3: POSITIVO NOS LINFÓCITOS DA ZONA PARACORTICAL; CD 20: POSITIVO NOS NÓDULOS LINFÓIDES; CD 15: POSITIVO EM ALGUNS GRANULÓCITOS; CD 30: NEGATIVO; CD 21: POSITIVO NAS CÉLULAS DENDRÍTICAS FOLICULARES; ANTÍGENO Ki-67: POSITIVO (focal)

- **Conclusão**

- O PERFIL IMUNOISTOQUÍMICO DEMONSTROU PRESENÇA DE POPULAÇÃO LINFÓIDE B E T, NÃO SENDO POSSÍVEL CARACTERIZAR LINFOMA NESTA AMOSTRA.

- Dezembro 2011: internação para compensação clínica. Iniciado primeiro ciclo de QT. Paciente com melhora do estado geral (ganho de 3Kg).
- Janeiro 2012: reinternação devido choque séptico de foco pulmonar. Alta para segundo ciclo de QT.
- Fevereiro 2012: admitido no Icesp em neutropenia febril; internado para compensação clínica.
- Abril 2012: realizada nova biópsia linfonodal

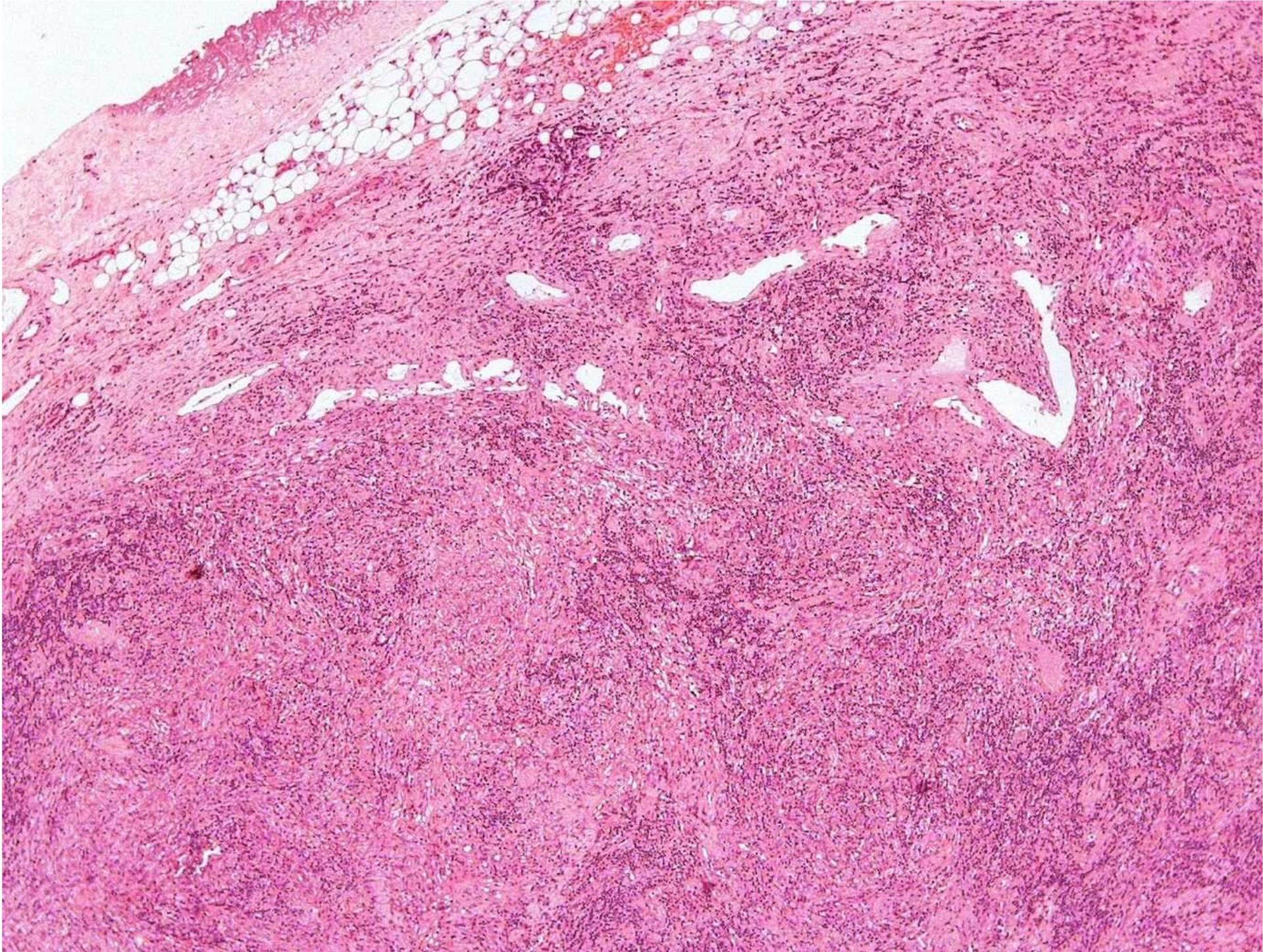
Mielograma (29/02/2012):

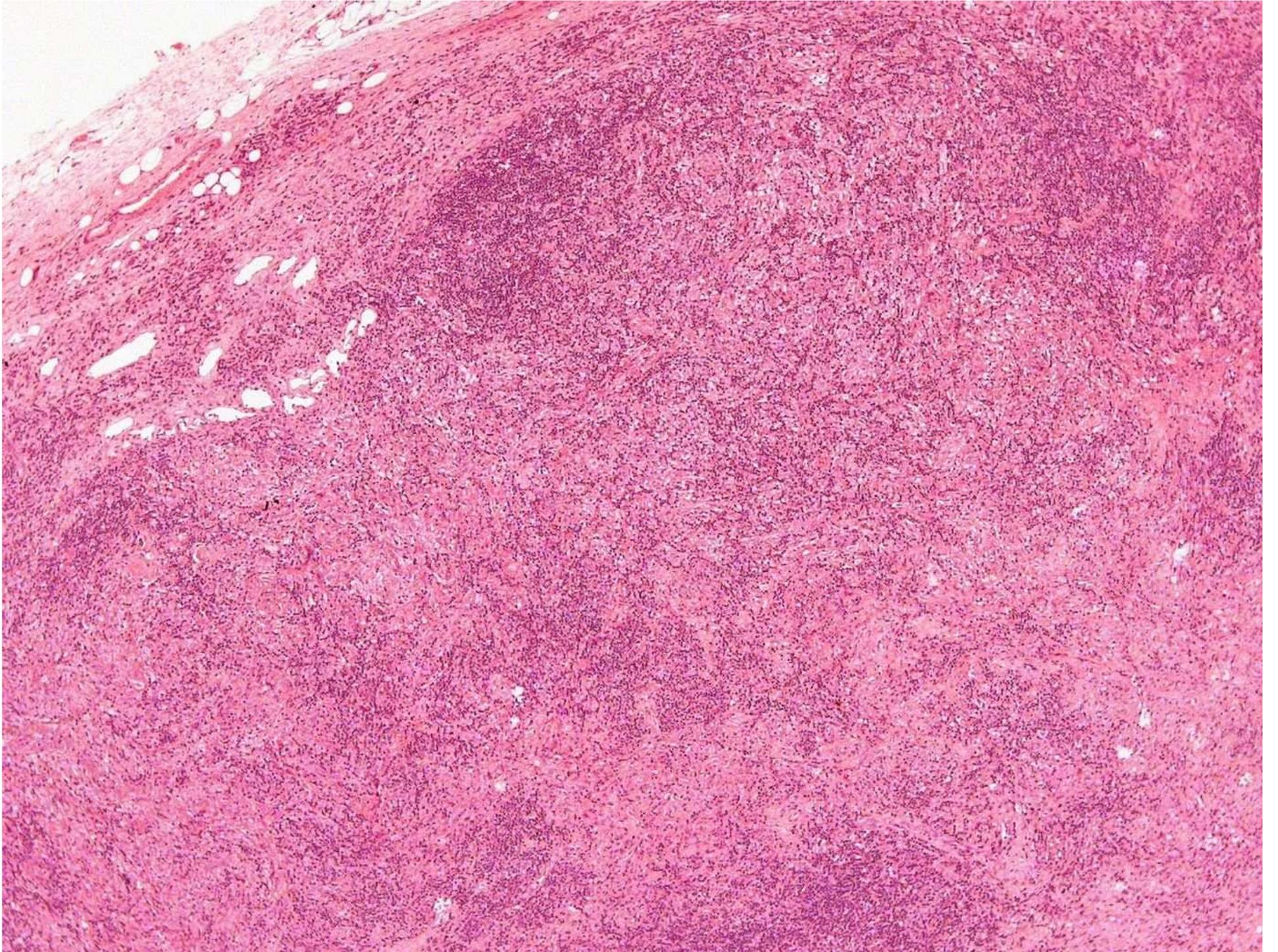
MORFOLOGIA: Prejudicada

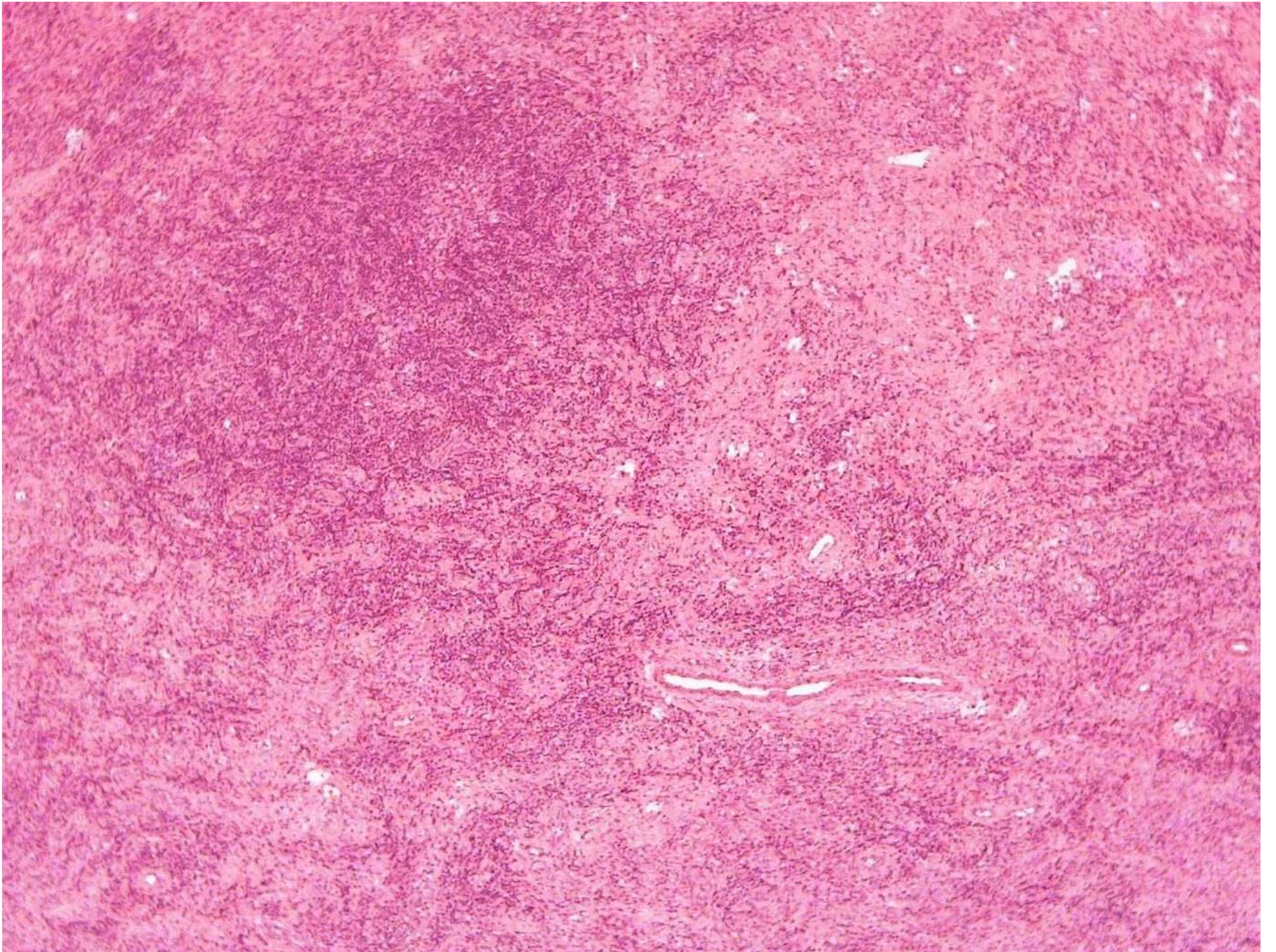
Presença de 77% de células CD3- que expressam os antígenos linfóides T CD4 e CD7. Quatorze por cento de linfócitos T CD3+, sendo 9% CD4 e 4% CD8. Dois por cento linfócitos B CD20+, CD19+.

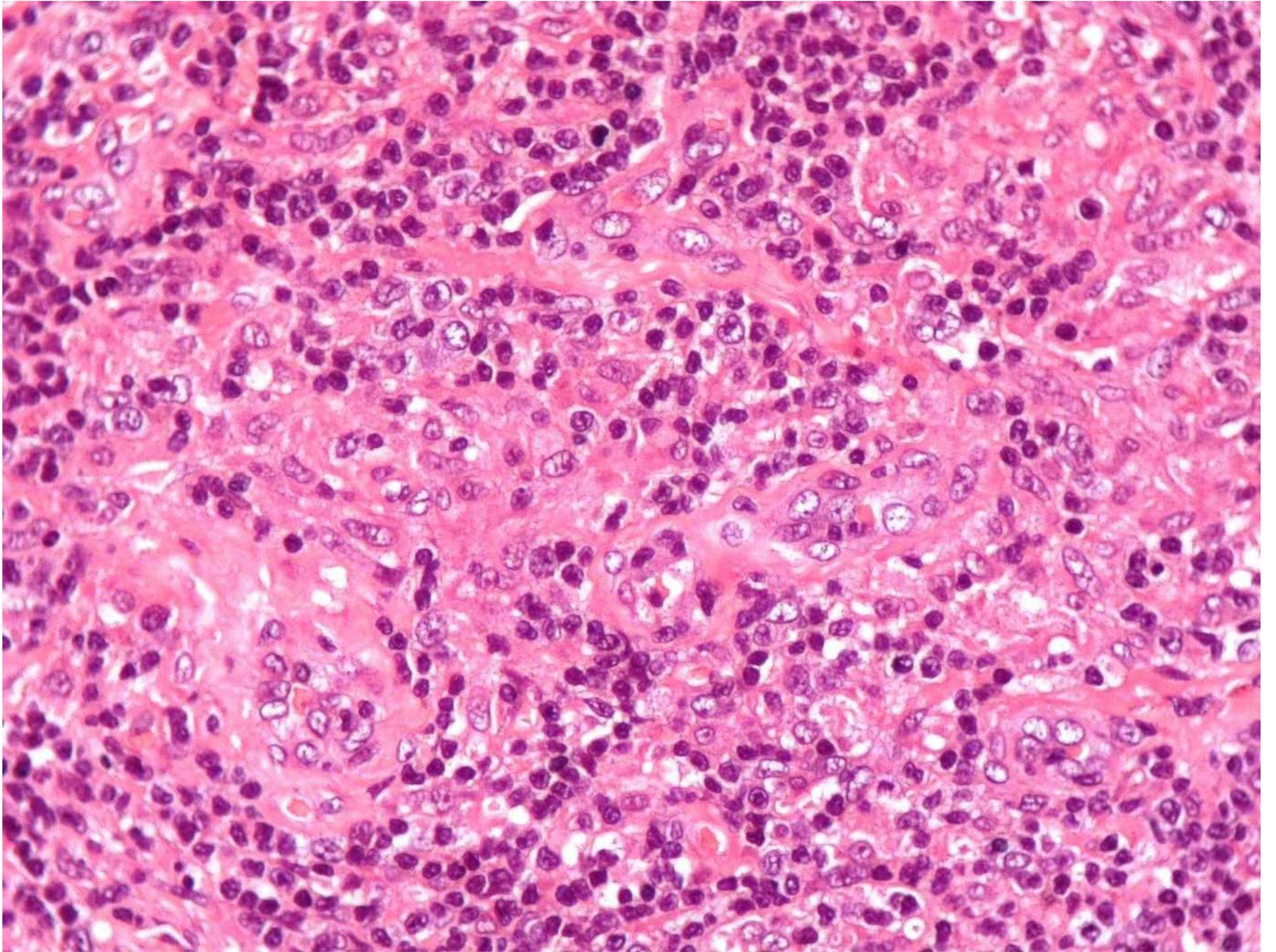
CONCLUSÃO: presença de população anômala T (CD3 negativo, CD4+, CD7+). Em relação ao exame anterior ocorreu aumento da população anômala (30% para 77%) e redução da população linfóide T normal (46% para 14%).

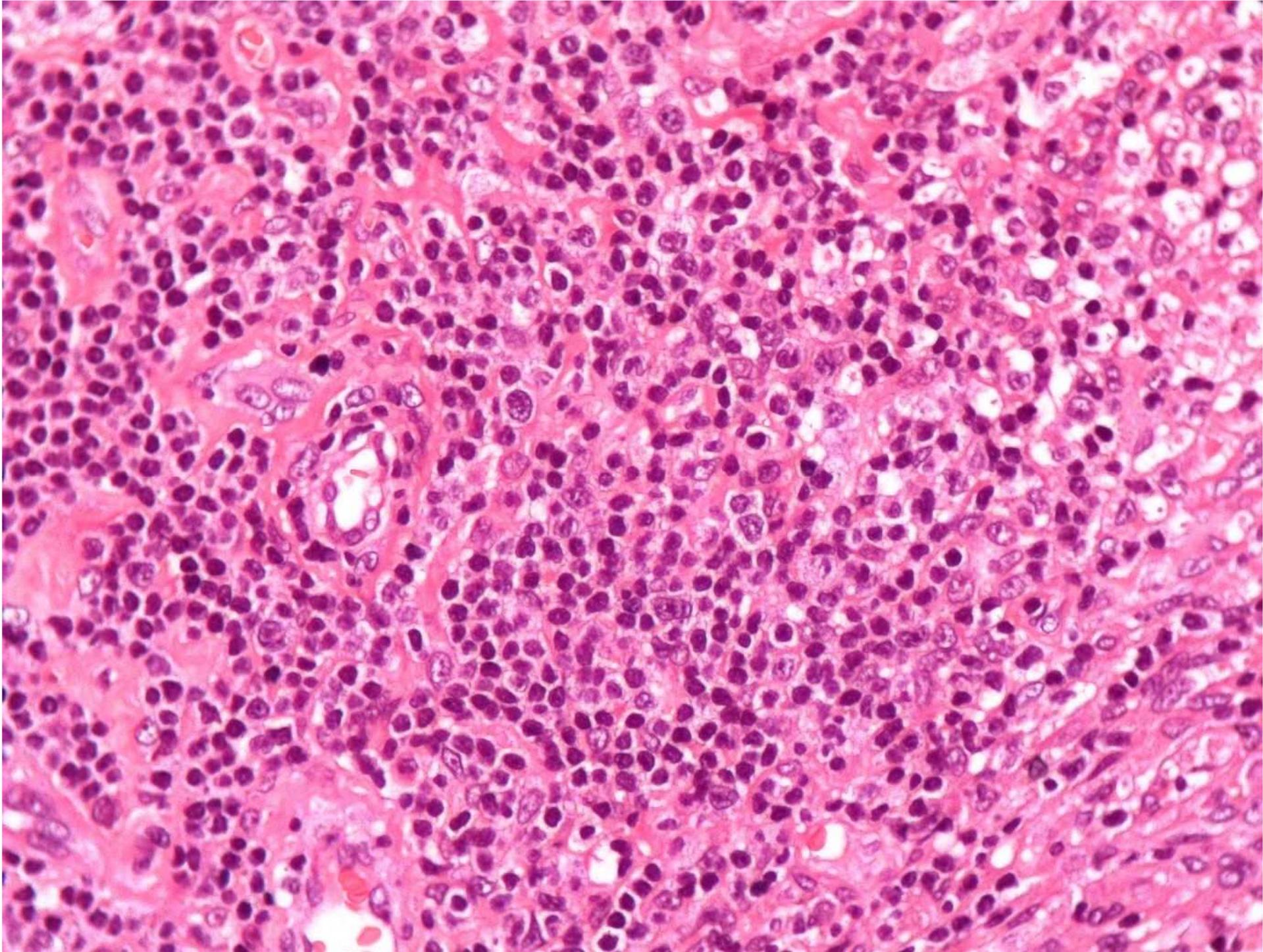
Linfonodo – abril 2012

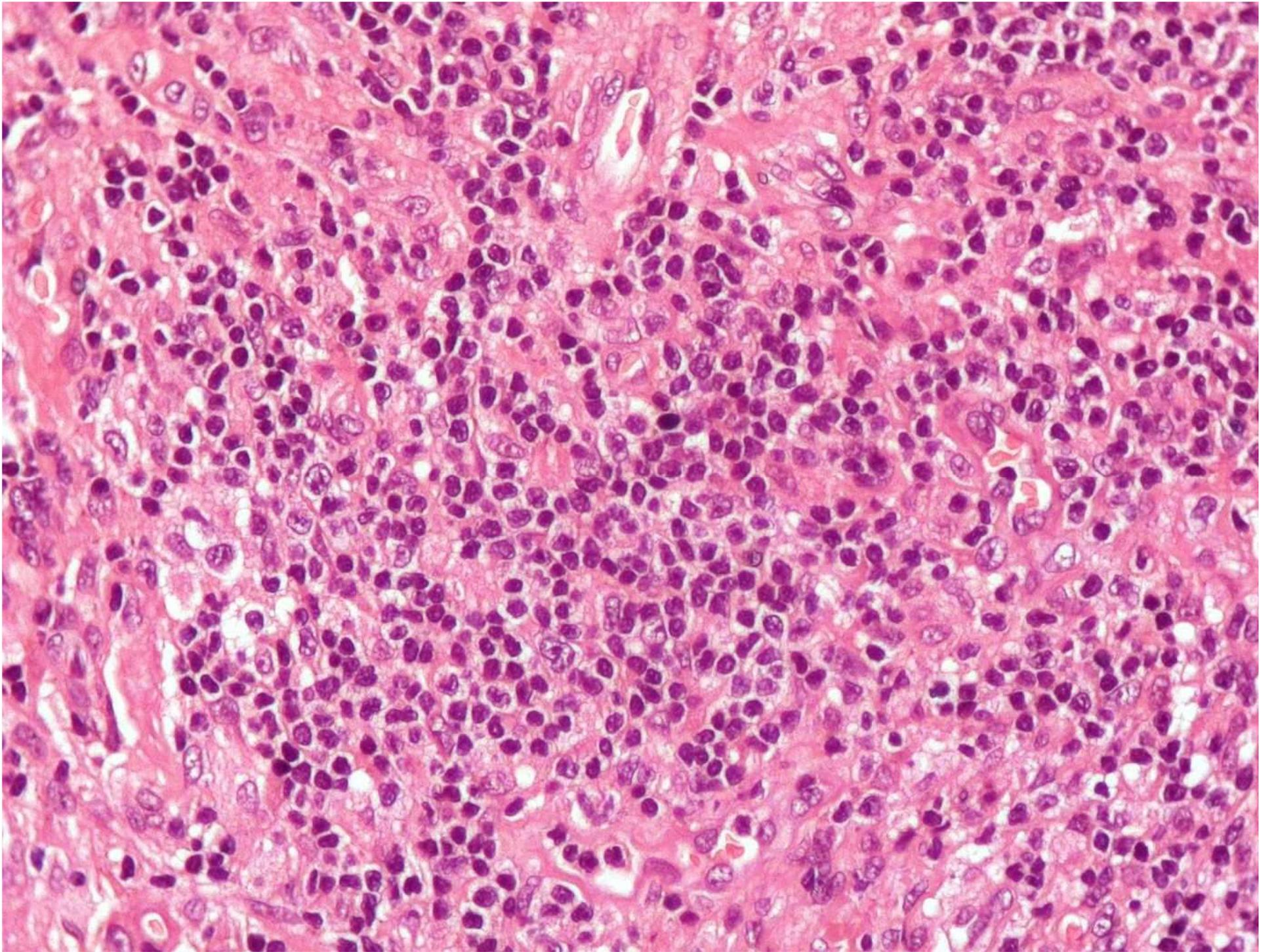




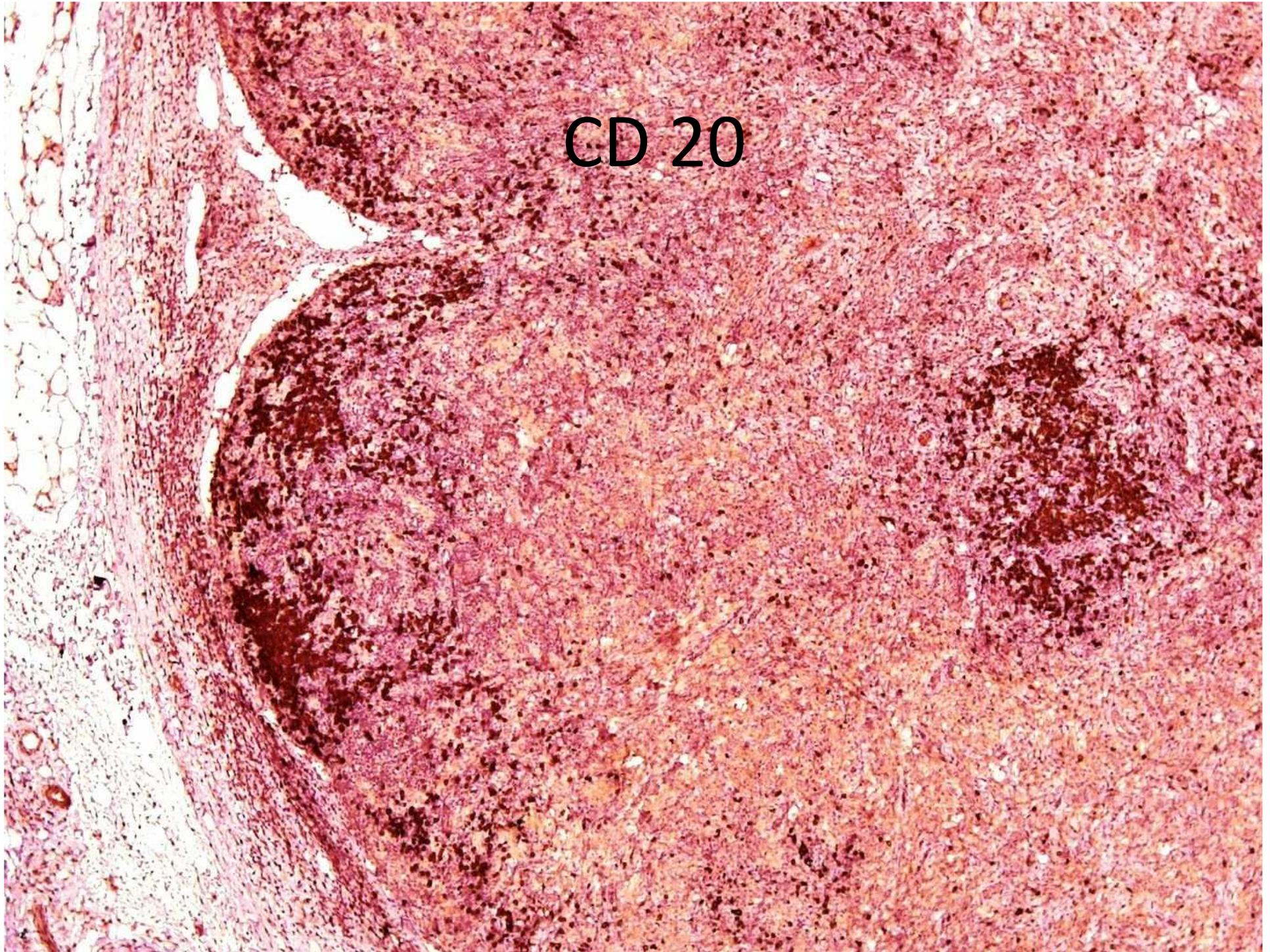




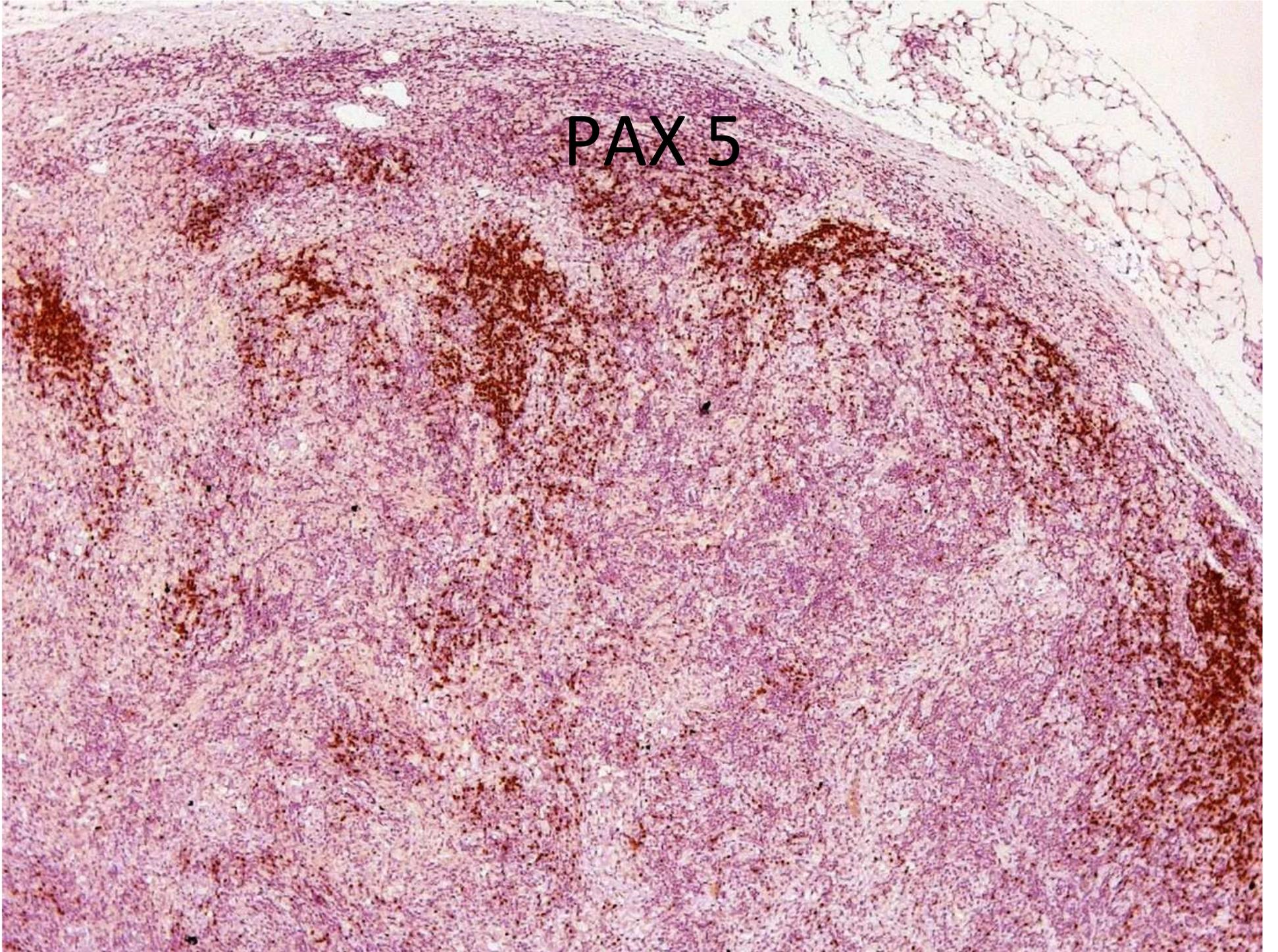




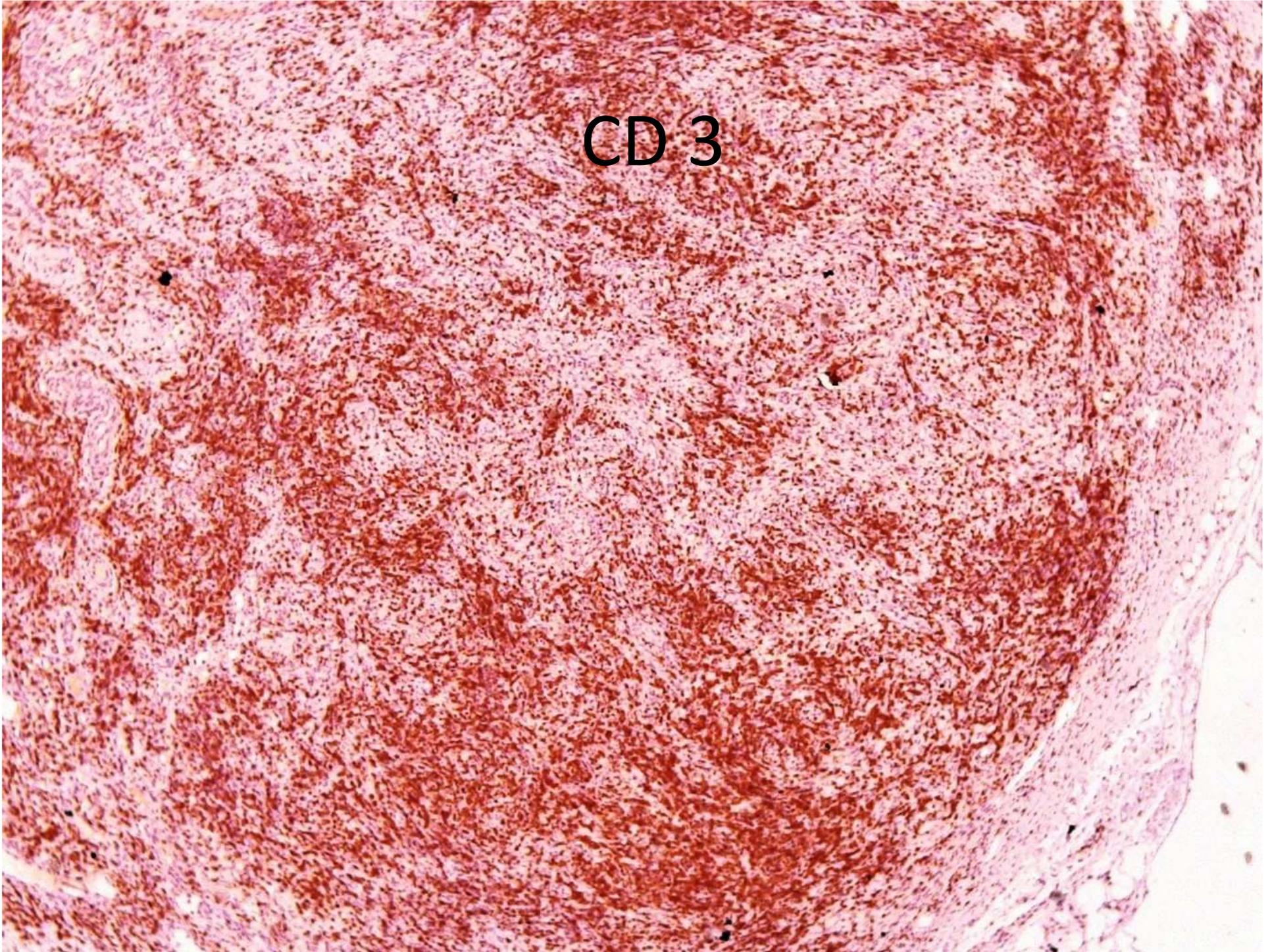
CD 20



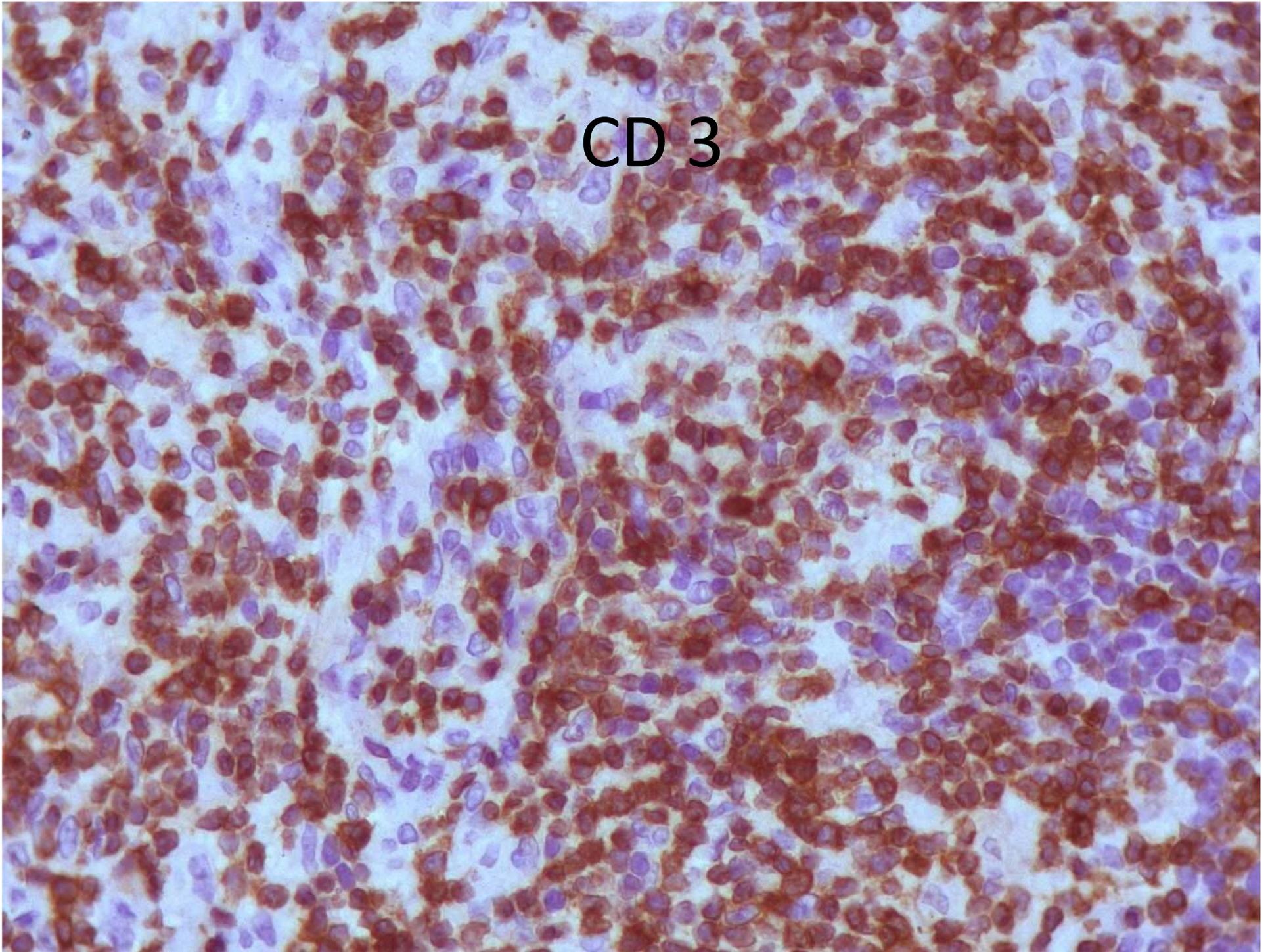
PAX 5



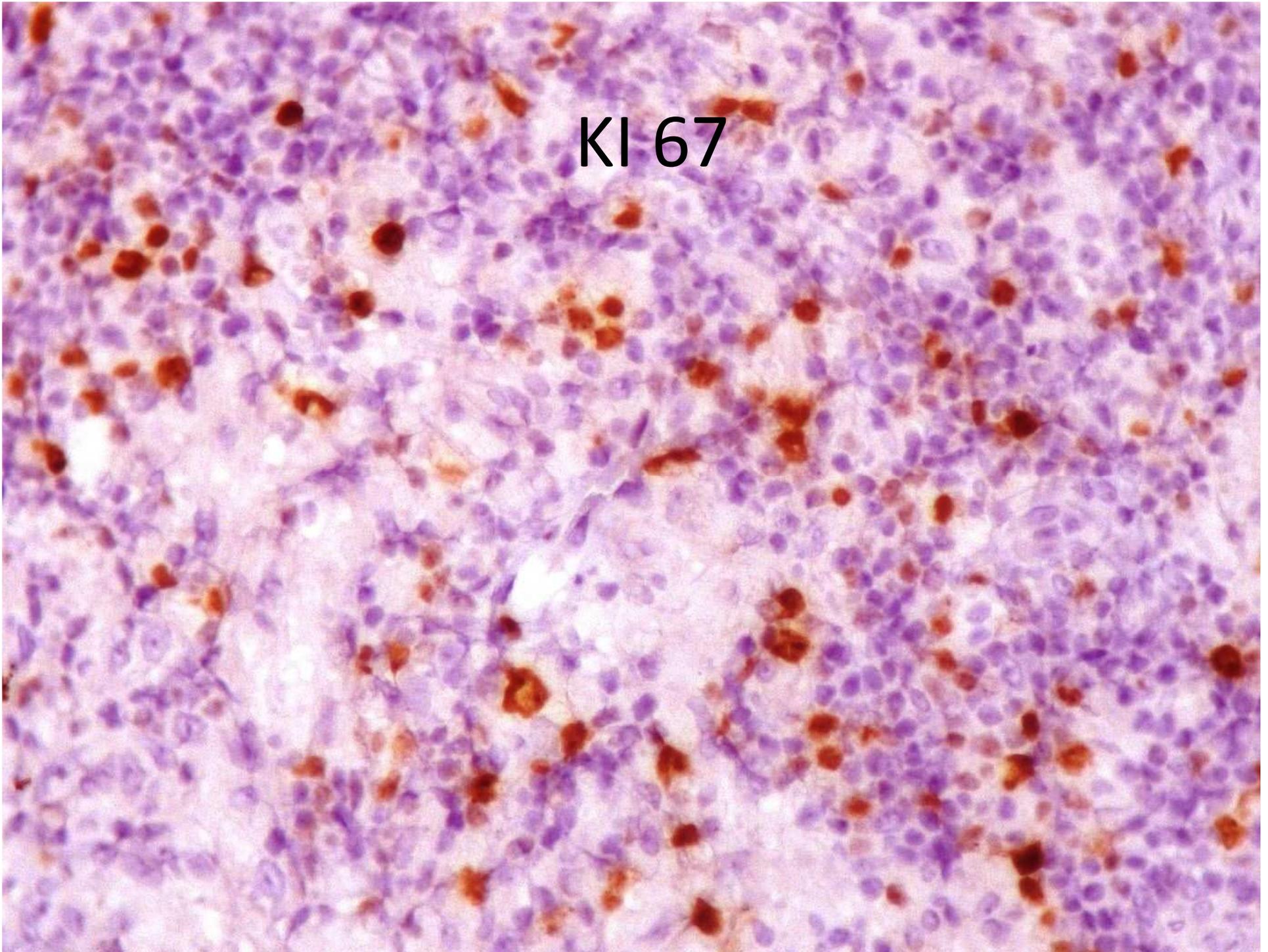
CD 3



CD 3

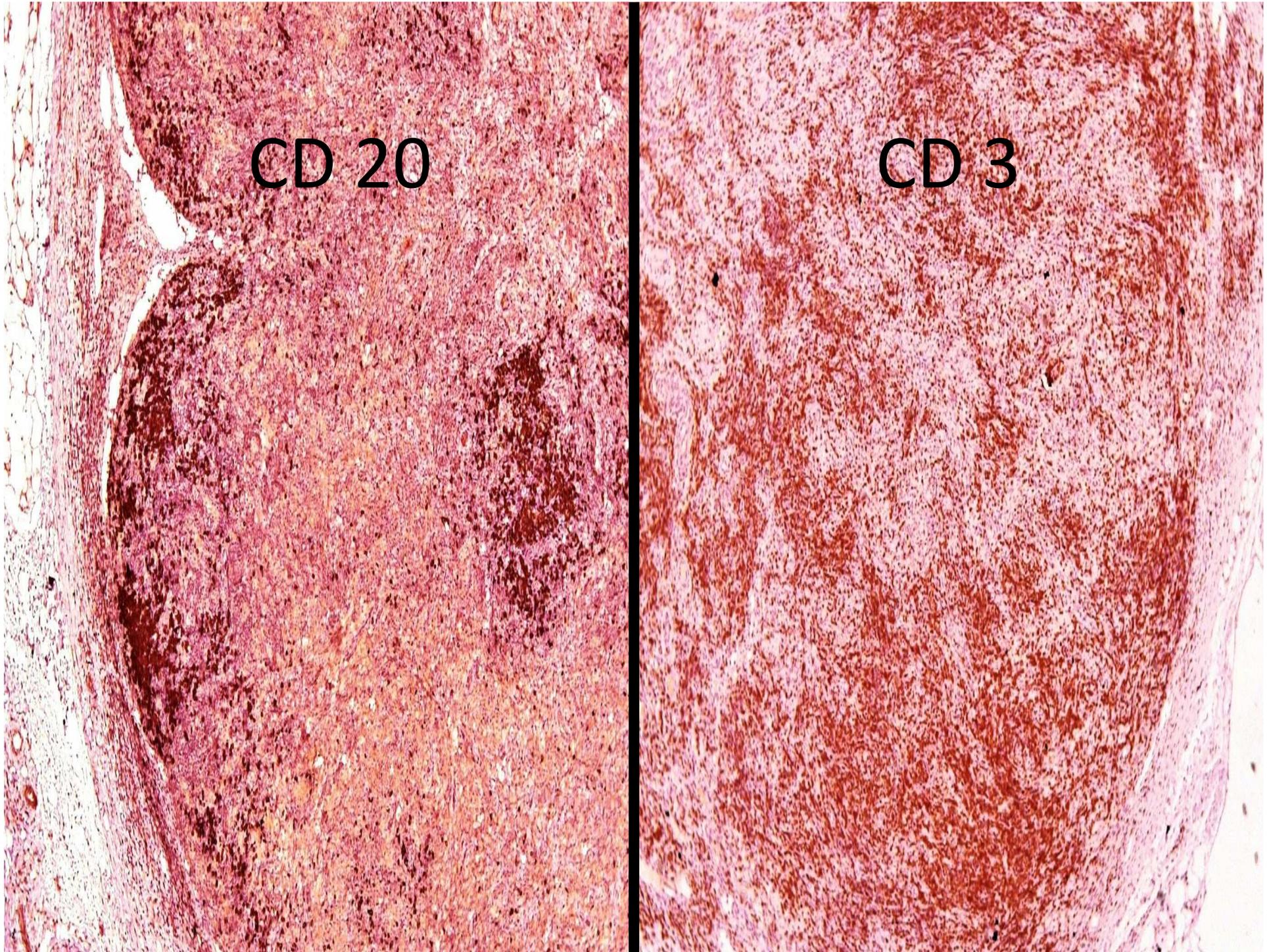


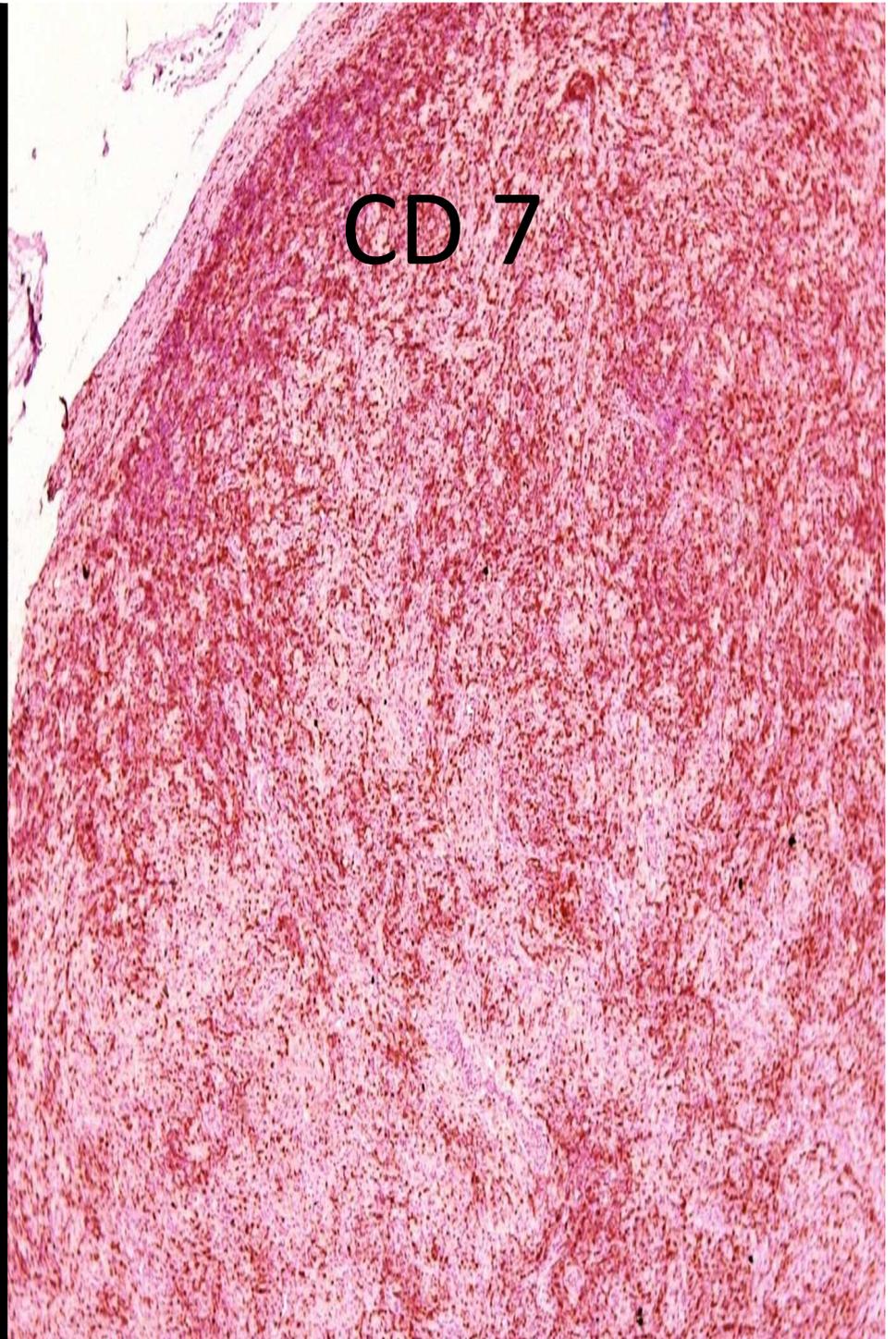
KI 67



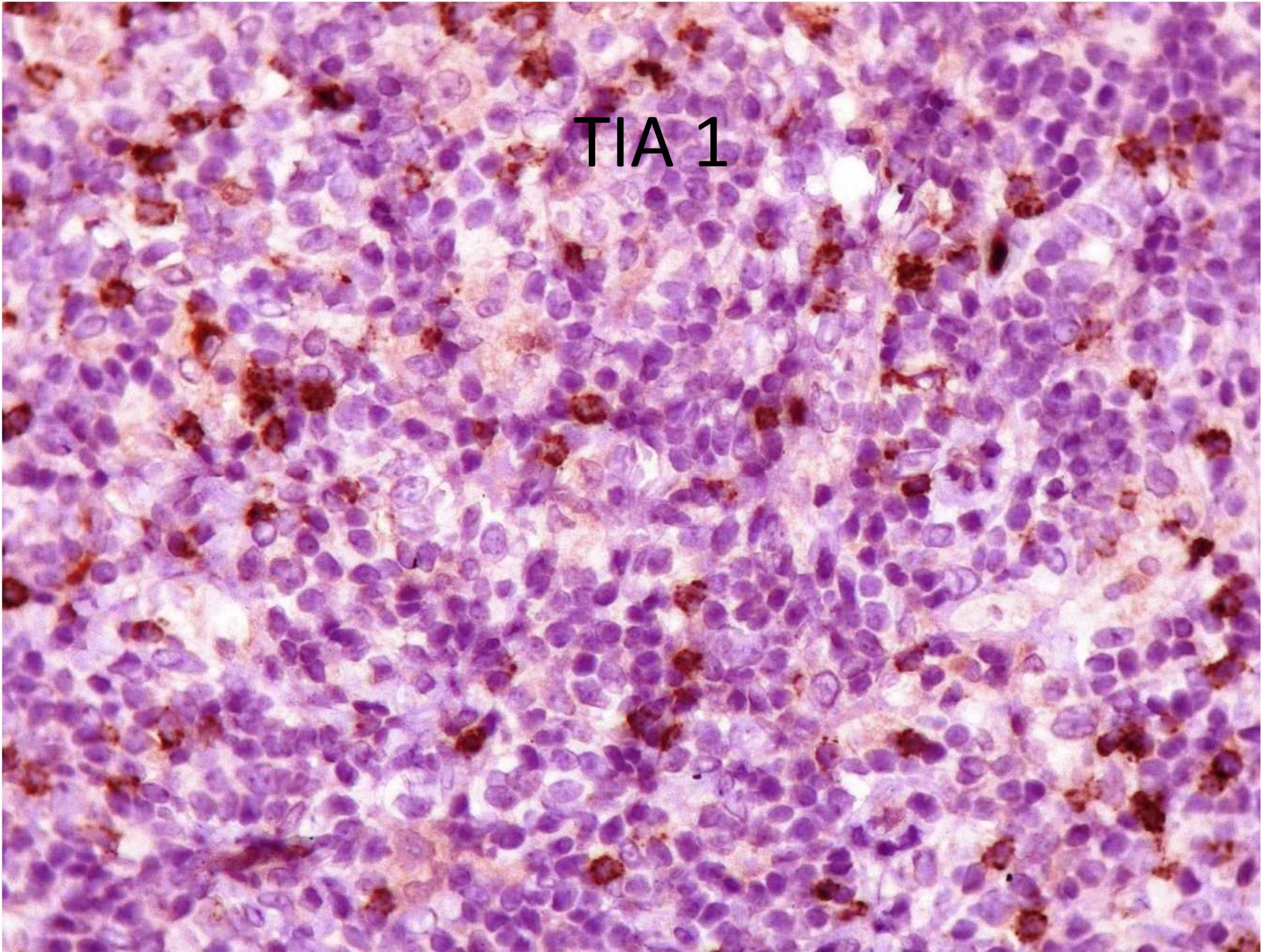
CD 20

CD 3

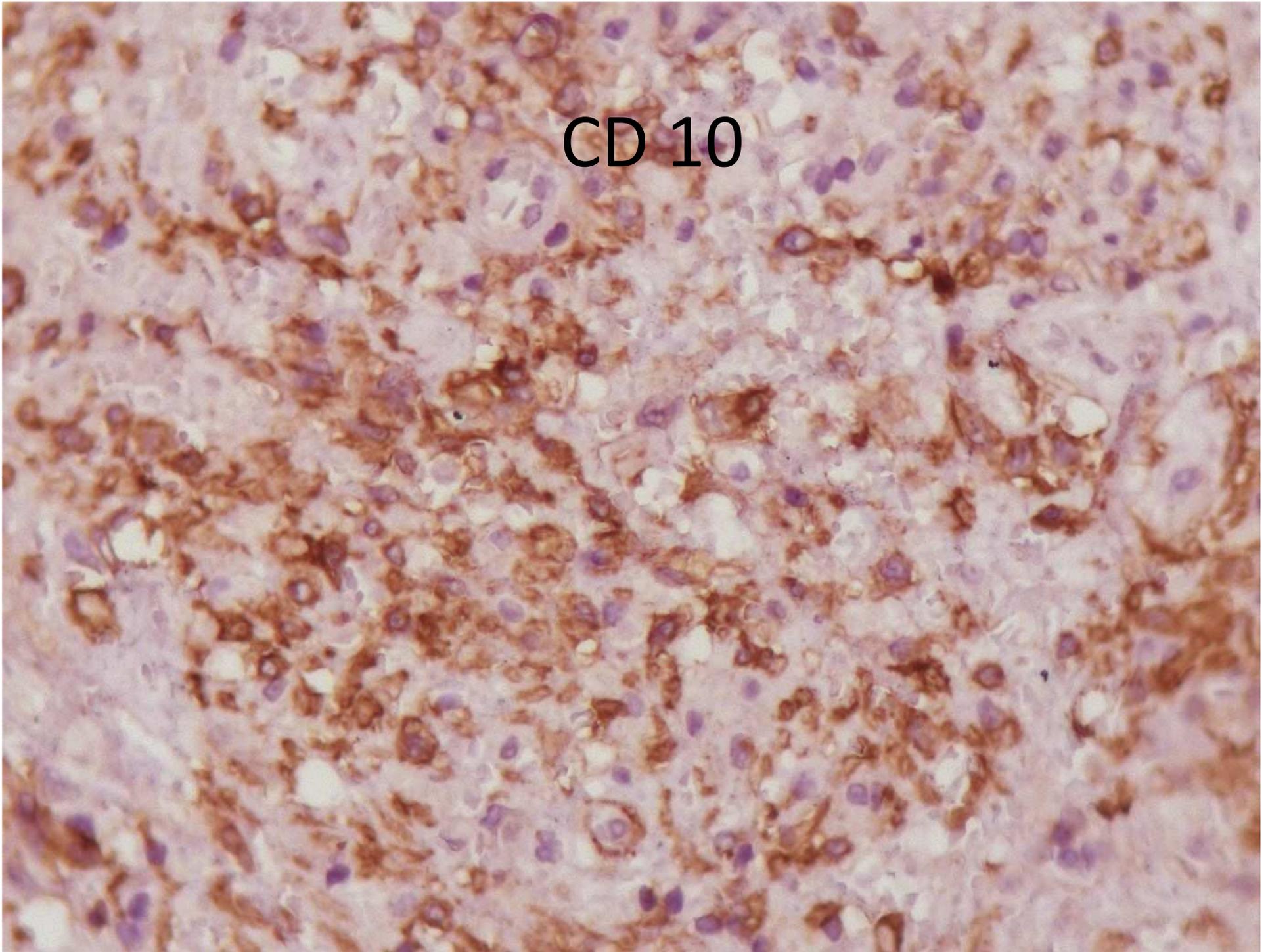




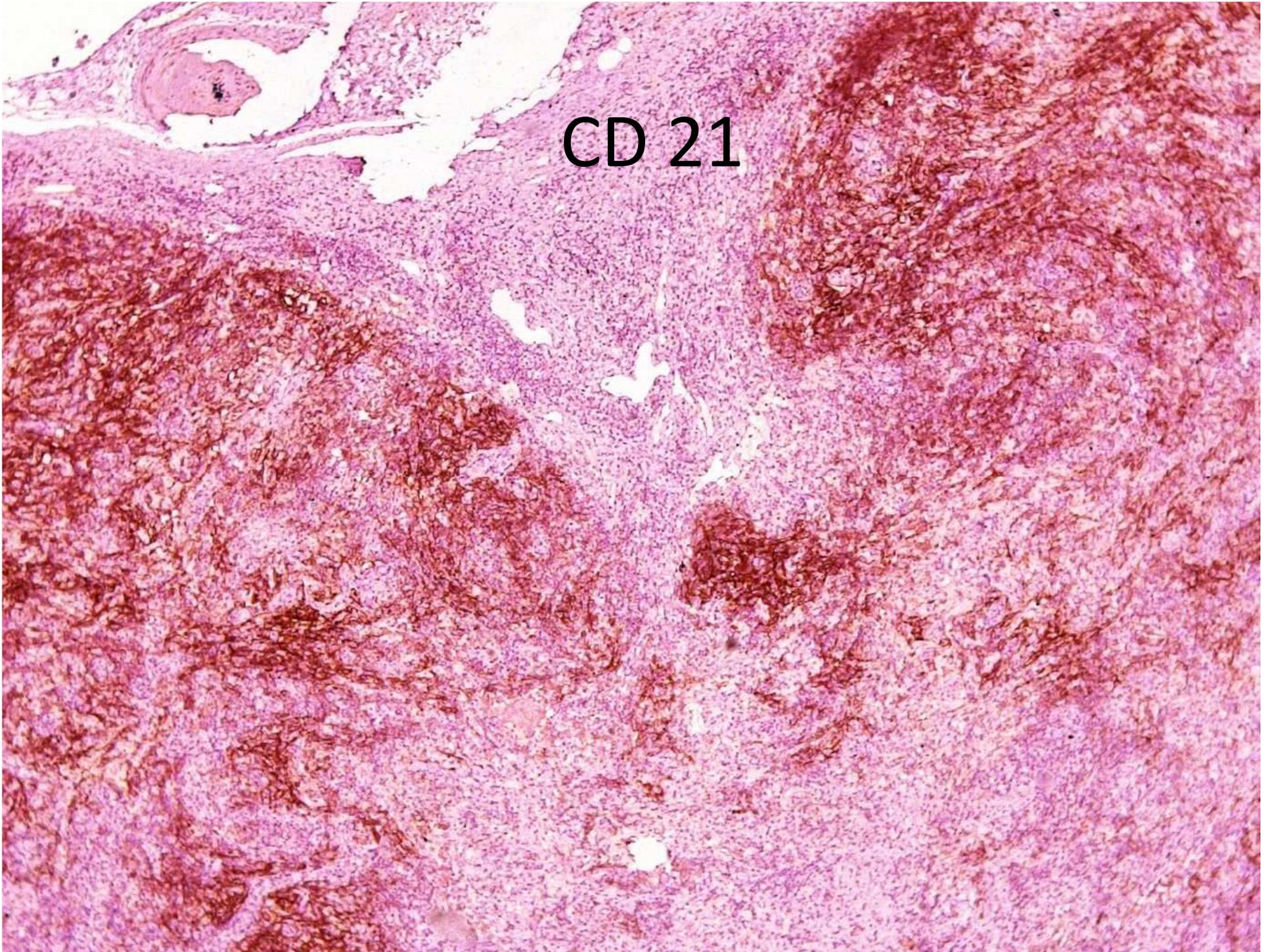
TIA 1



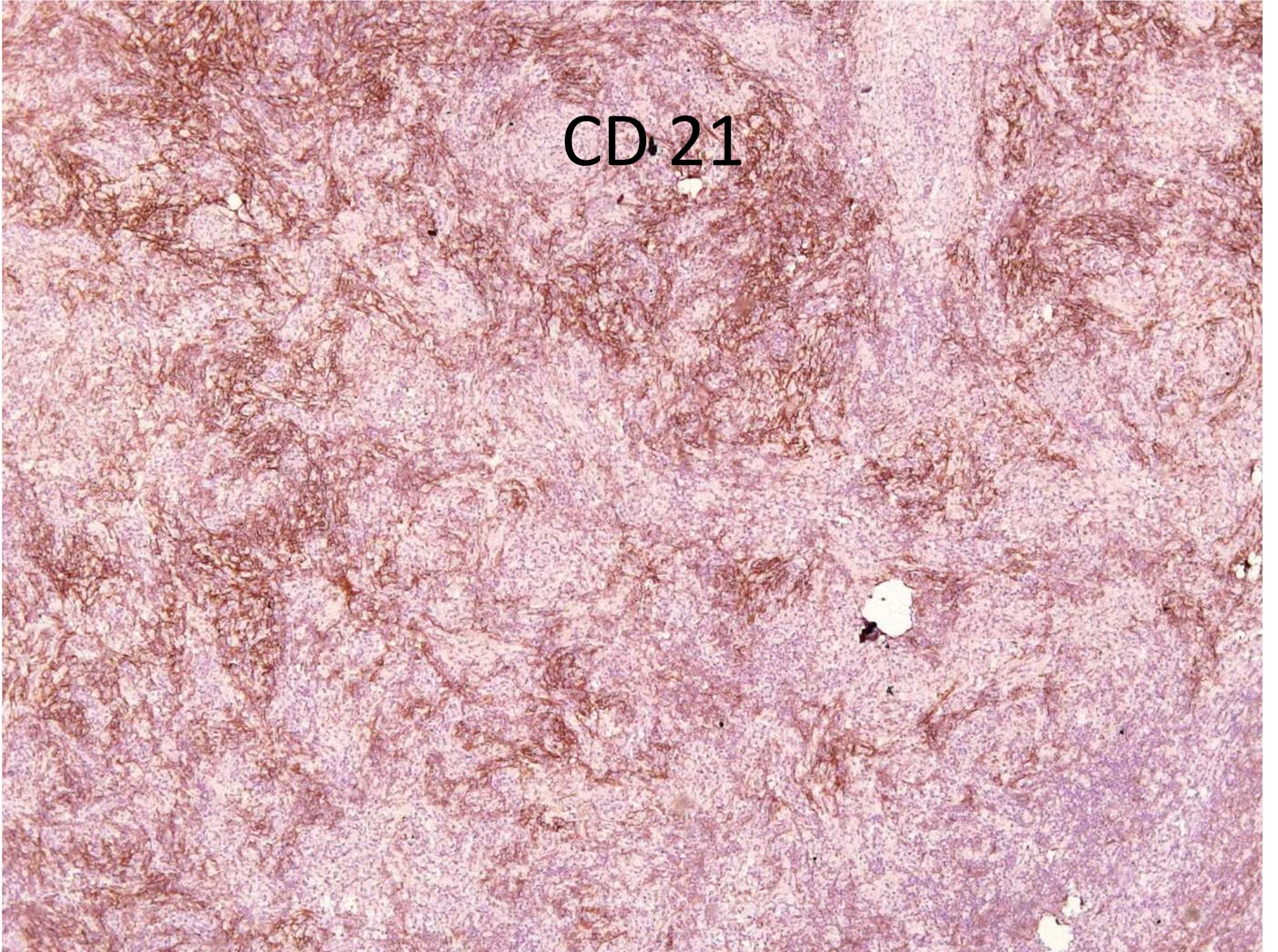
CD 10



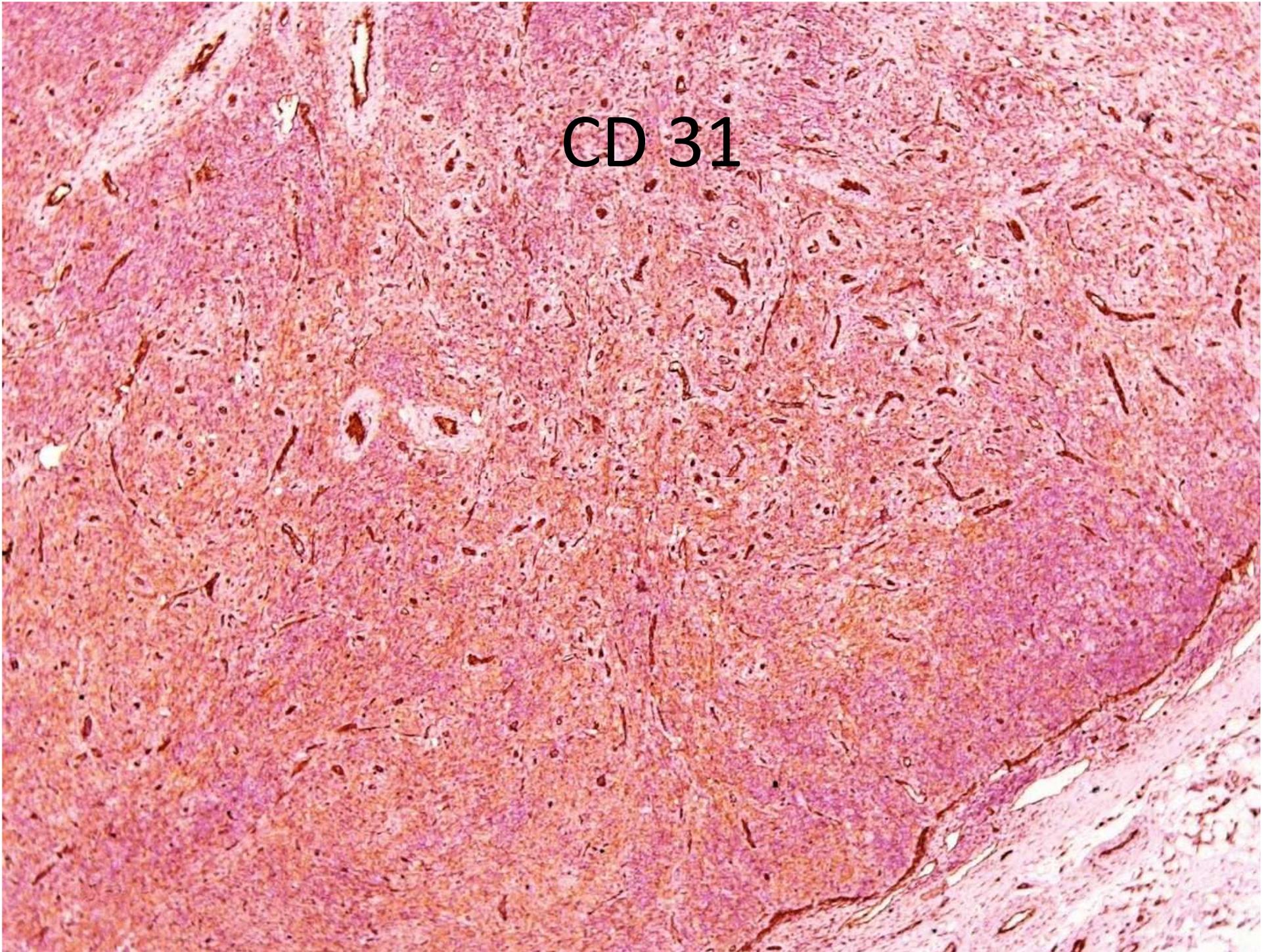
CD 21



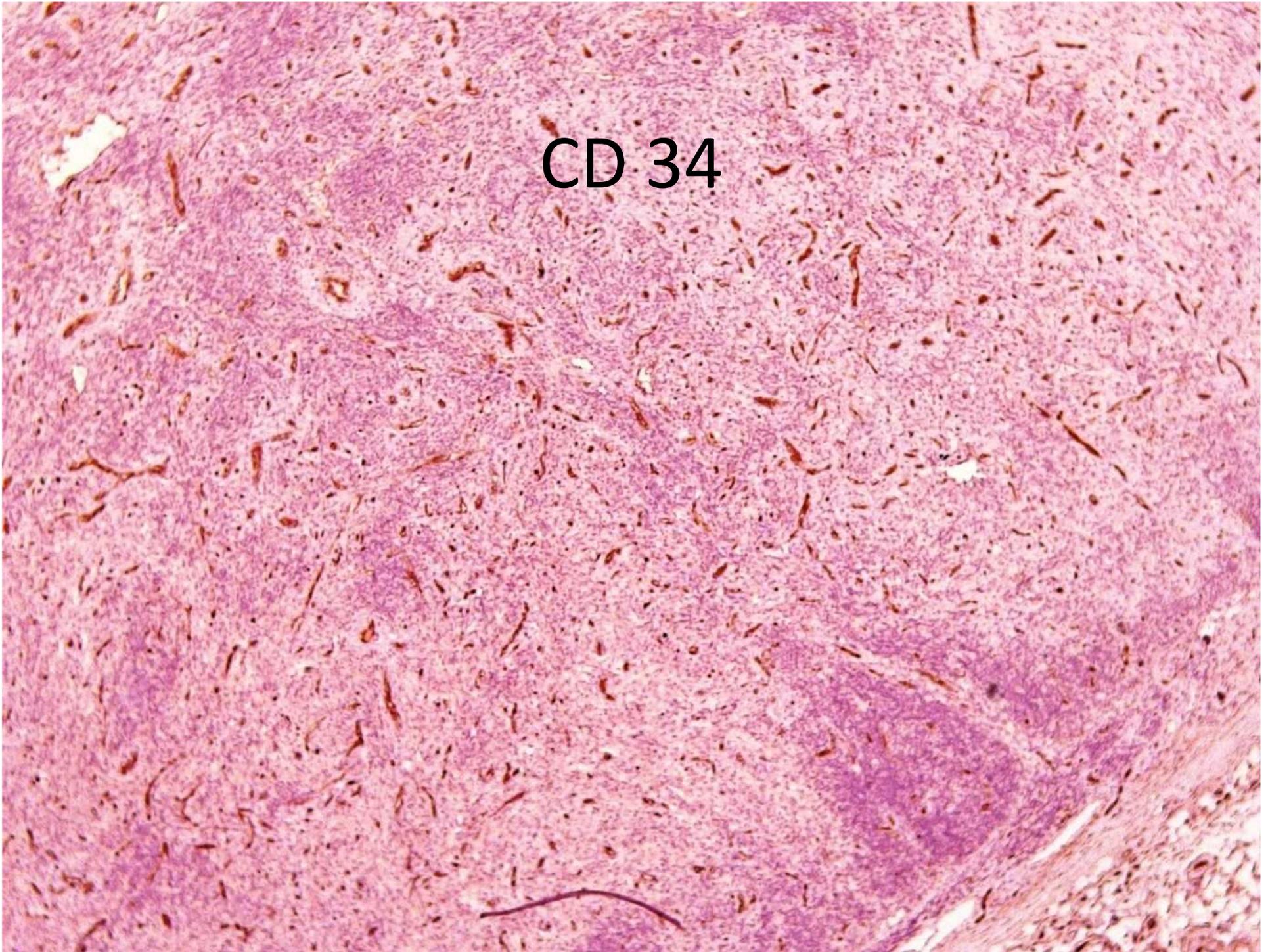
CD 21



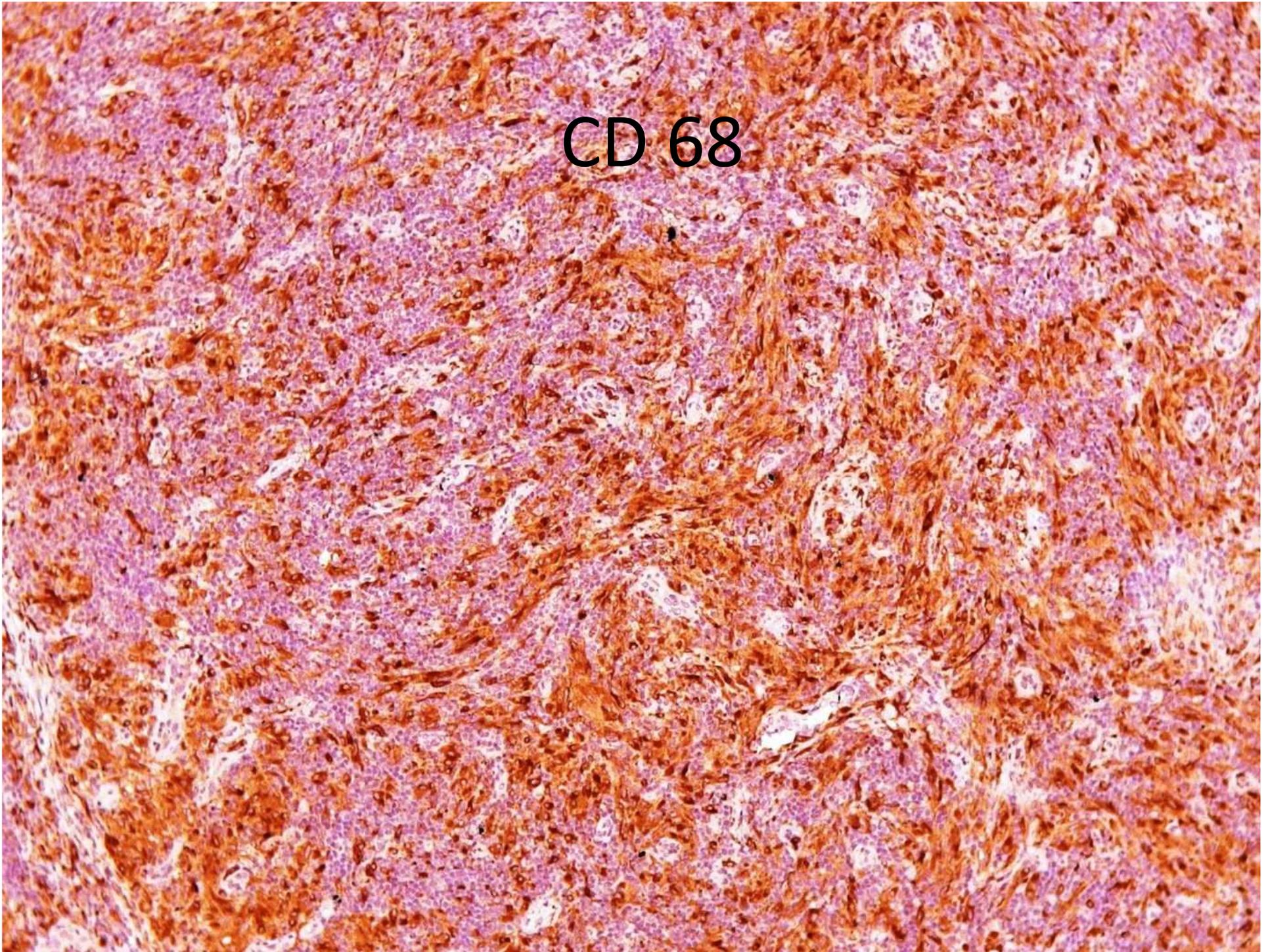
CD 31



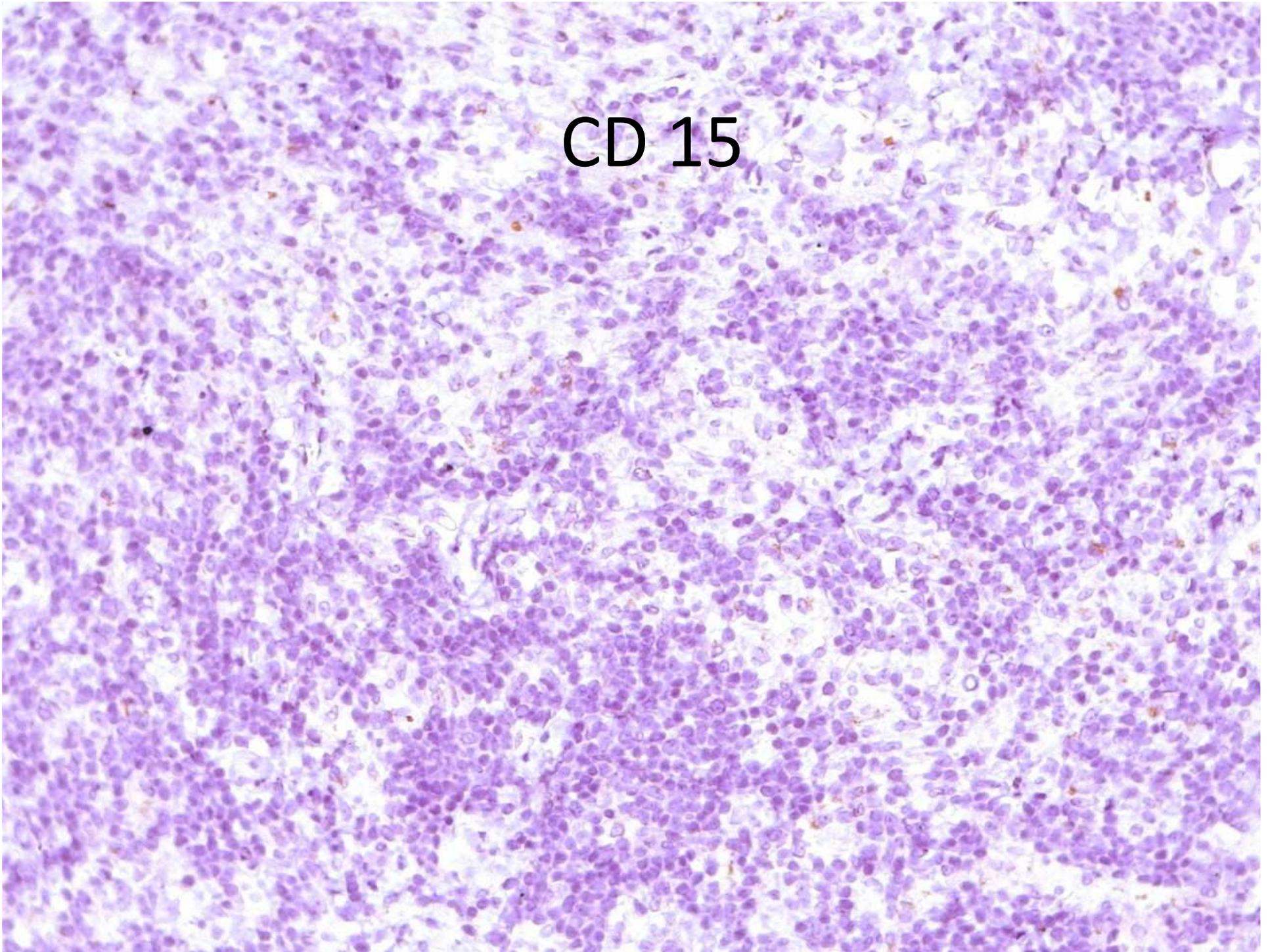
CD 34



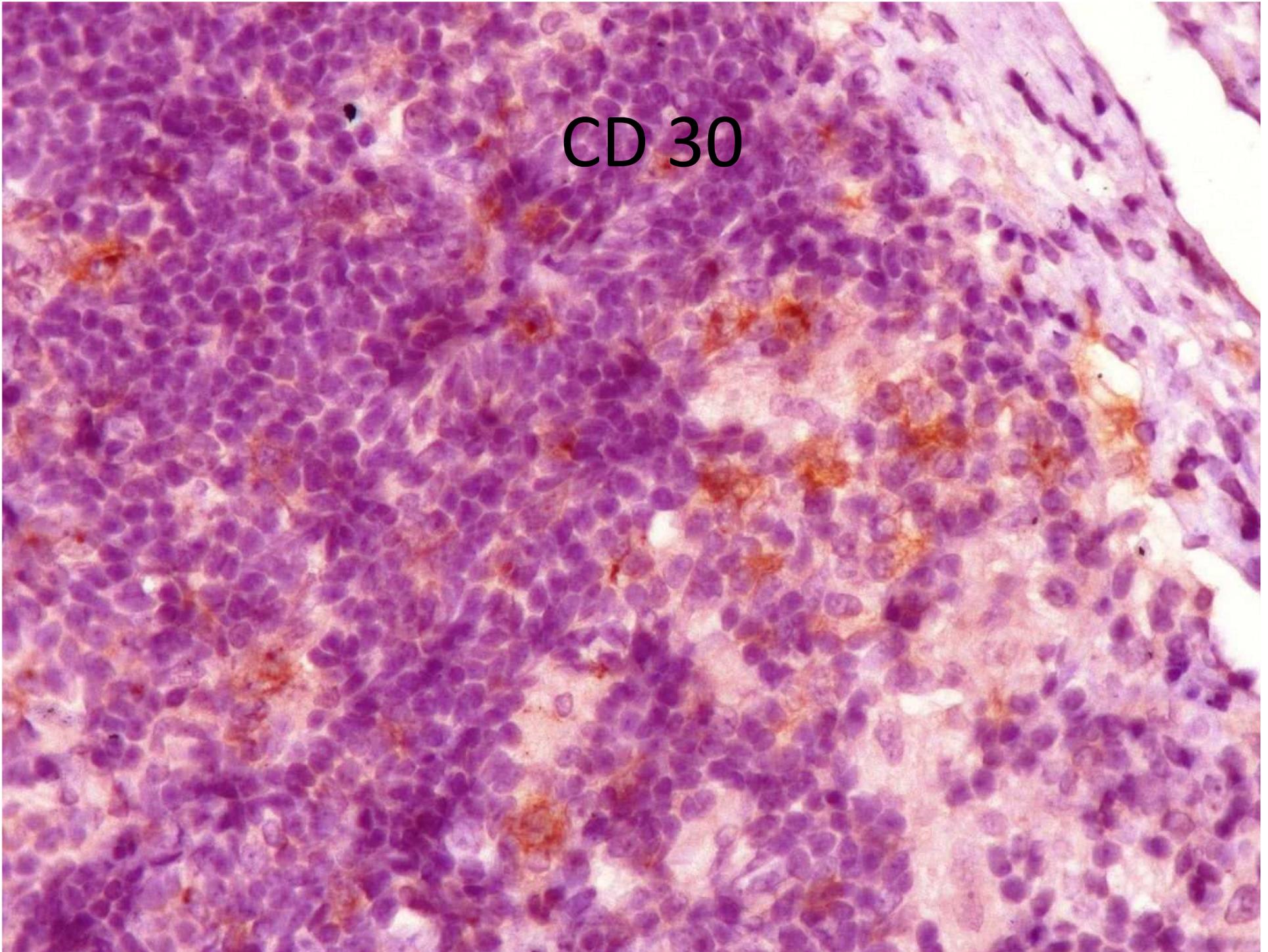
CD 68



CD 15



CD 30



LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

bjh review

Advances in the understanding and management of angioimmunoblastic T-cell lymphoma

Laurence de Leval,¹ Christian Gisselbrecht² and Philippe Gaulard^{3,4,5}

¹Department of Pathology, CHU Sart Tilman, University of Liege, Institute of Pathology B23, Liege, Belgium, ²Department of Hemato-Oncology, AP-HP Hôpital Saint-Louis, Avenue Claude Vellefaux, Paris, France, ³Département de Pathologie, AP-HP, Hôpital Henri Mondor, ⁴INSERM U955, and ⁵Université Paris 12, Faculté de Médecine, Créteil, France

LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

- Década de 1970: linfadenopatia angioimunoblástica com desproteïnemia
- Linfadenopatia imunoblástica
- Linfogranelomatose X
 - Reação hiperimune de células B ou um processo linfóide atípico
 - 1979: achados morfológicos de malignidade
 - LINFOMA T IMUNOBLÁSTICO
 - Década de 1980: clonacidade TCR, estabelecendo natureza neoplásica

LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

- Três padrões arquiteturais:
 - PADRÃO III
 - Mais comum, com perda arquitetural (perda de folículos)
 - Infiltração capsular
 - PADRÃO I
 - Arquitetura parcialmente preservada, com folículos hiperplásicos e manto pouco desenvolvido
 - Região paracortical com algumas células neoplásicas, tendendo à distribuição para-folicular
 - PADRÃO II
 - Depleção ocasional de folículos

LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

HALLMARK

1. Infiltrado difuso polimórfico, com quantidade variável de células T, histiócitos, plasmócitos, eosinófilos, células epitelióides e imunoblastos
2. Acentuada proliferação endotelial (venular)
3. Proliferação irregular FDC
 - * Padrões I e II têm FDC normais ou pouco aumentadas

LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

PATOGENESE – CÉLULA T *helper* folicular (T_{FH})

Marcadores de T_{FH}

- CXCL 3
- Bcl 6
- PD-1
- ICOS (*Inducible costimulator*)

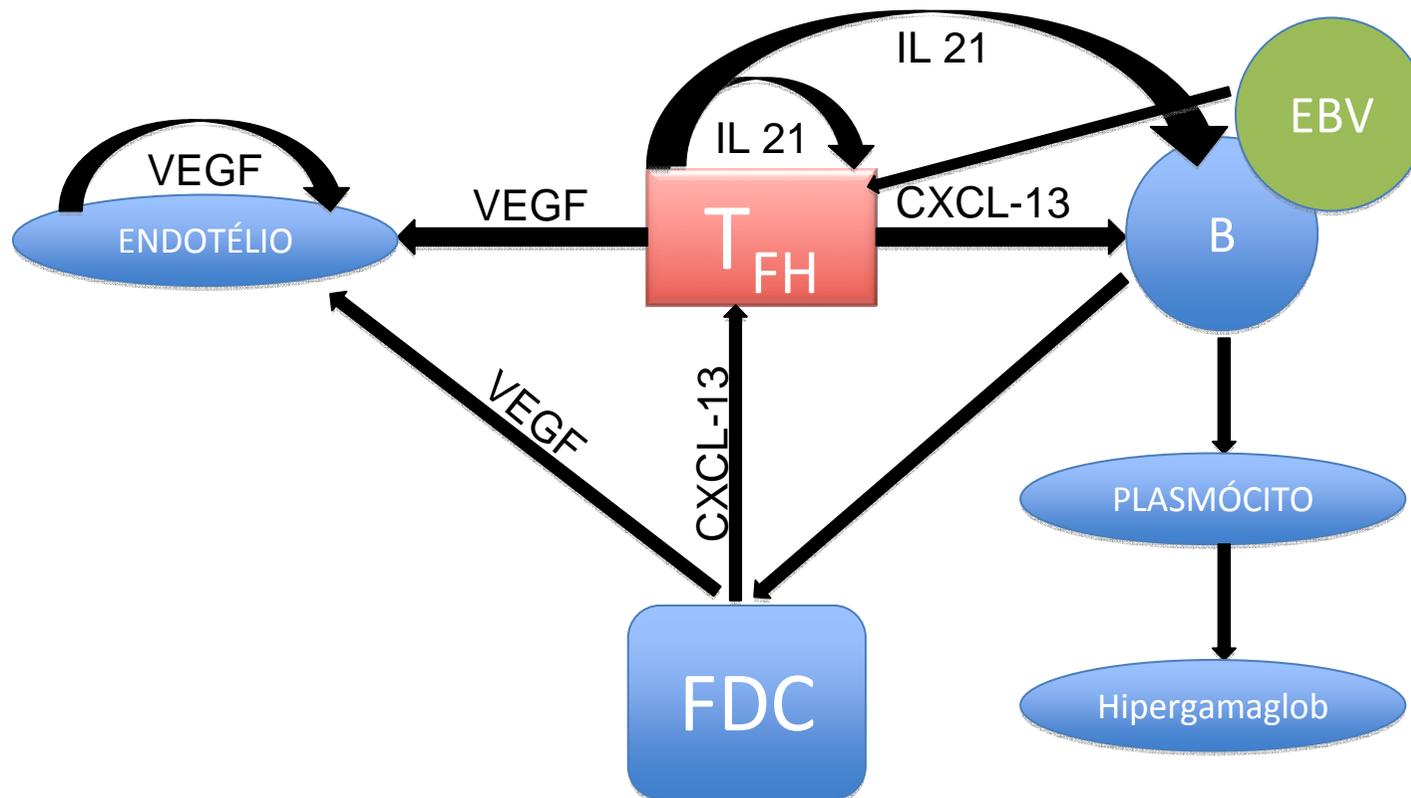
LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

- Células de tamanho médio, com núcleo regular ou pouco irregular, citoplasma claro e abundante
- Tendência à formação de *cluster* perivenular
- Geralmente CD4+ CD8-
- Expressão anômala de CD 10 em 80%
- Um terço com expressão anômala CD 30

LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO

- Presença de células B grandes (blastos), Reed-Sternberg like
- Geralmente infectadas por EBV
 - Infecção relaciona-se à imunodeficiência secundária

LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO



Medula óssea

Março/2012



