

## LINFOMA DE CÉLULAS T CUTÂNEO

GUILHERME MOREIRA BORGES ARAUJO\*, DAURIO DA SILVA RAIA, JANDIRA DE OLIVEIRA MENEZES, THIAGO HAIKAL DE ARAÚJO PORTO, ANDRÉA GONÇALVES DE OLIVEIRA  
Trabalho realizado no Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG

Figura 1



Figura 2



Paciente masculino, 81 anos, com queixas de prostração e astenia de evolução de duas semanas. Apresentava erupções cutâneas em tronco, abdome, dorso e membros, com flictemas pruriginosas, eritematosas, com formação e ruptura das bolhas e posterior descamação. Fez uso prolongado de corticóide e melhora parcial da sintomatologia cutânea. Exame físico normal. Exames: Hb: 13,6 g/dl, GL: 27.600/mm<sup>3</sup> (b 2% s 60% l 30% m 8%), plaquetas: 136.000/mm<sup>3</sup>, provas de função hepática normais, creatinina: 1,5 mg/dl, uréia: 65 mg/dl, b2 microglobulina: 3,61 mcg/ml, LDH: 204 u/l. Mielograma: infiltração medular por linfócitos maduros (28%). Biópsia de crista ilíaca: sugestivo de doença linfoproliferativa. Imunofenotipagem: doença linfoproliferativa crônica de células t madura. Com o diagnóstico de linfoma de células t foi iniciado esquema de quimioterapia (ciclofosfamida, vincristina e prednisona), com resposta hematológica completa e melhora das lesões cutâneas. O linfoma cutâneo de células t é raro, correspondendo a cerca de 10% a 15% de todos os linfomas. É comum nos países orientais, tendo íntima relação com o vírus

HTLV-1, maior incidência em adultos com idade entre 55 e 60 anos e freqüente no sexo masculino. A malignização das células t epidermotrópicas resulta na denominação global LCCT. No tratamento do LCCT são propostos diversos métodos terapêuticos, sem real consenso sobre o melhor a ser utilizado. O sucesso do tratamento depende diretamente da fase evolutiva em que se encontra a doença, bem como da resposta individual de cada paciente. Entre os métodos mais consagrados citam-se a quimioterapia tópica (com mostarda nitrogenada ou carmustina), a quimioterapia sistêmica, a radioterapia, os imunomoduladores biológicos (interferon-alfa, interferon-gama e interleucina 2) e o transplante alógeno de medula óssea.

### Referências

- 1.Heald PW, Yan SL, Edelson RL, Tigelaar R, Picker LJ. Skin selective lymphocyte homing mechanisms in the pathogenesis of leukemic cutaneous T-cell lymphoma. *J Invest Dermatol.* 1993;101:222-7.
- 2.Vonderheid EC. Treatment planning in cutaneous T cell lymphoma. *Dermatol Ther.* 2003;16:276-82.