

nidade em axila, porém apresentou achado de células atípicas, linfoides, na derme, de tamanho intermediário a grande, com núcleos ovalados e irregulares apresentando nucléolos evidentes em meio a infiltrado inflamatório misto. Eram positivas para CD30. Pela refratariedade, foi submetida a tratamento de segunda linha com II ciclos de GDP (gencitabina, dexametasona e cisplatina), porém apresentou aparecimento de placas eritemato-violáceas após. Na ocasião realizou TC com emissão de pósitrons (PET CT) que não mostrou lesões hipermetabólicas. Apesar disso, foi realizado I ciclo de IGEV (ifosfamida, gencitabina e vinorelbina) com nova piora. Atualmente paciente possui programação de transplante de medula óssea autólogo. Mantém placas eritemato-violáceas distribuídas por toda a pele, porém sem adenomegalias aparentes em exames de imagem. **Discussão:** Apesar de síndromes paraneoplásicas com acometimento inespecífico cutâneo, como prurido e hiperpigmentação, ocorrerem em 17-53% dos casos de linfoma de Hodgkin, a infiltração tumoral direta da pele é muito rara. Costuma se apresentar com nódulos que evoluem com ulceração na região do tórax. É diagnosticada através da biópsia da lesão. O tratamento deve ser realizado com esquemas quimioterápicos utilizados habitualmente, não requerendo medidas específicas. Já o estadiamento e as reavaliações devem ser realizados com PET-CT. Está associada a linfadenopatia difusa, doença avançada e mau prognóstico. **Conclusão:** A infiltração da pele é uma manifestação rara do linfoma de Hodgkin, que costuma representar um pior prognóstico. No presente trabalho, relatamos o caso de uma paciente com doença refratária, evoluindo com envolvimento cutâneo isolado diferente do que é relatado na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.346>

345

LINFOMA DE HODGKIN COMPLICADO COM LINFO-HISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL: RELATO DE CASO

C.M.T.H. Filho, C.F.L. Nunes, V.F. Aurich, P.N. Cardoso, E.M. Moreira

Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Linfo-histiocitose hemofagocítica (LHH) é uma síndrome rara e ameaçadora a vida decorrente de uma ativação imune não controlada que resulta em múltiplas disfunções orgânicas. O diagnóstico envolve achados clínicos, laboratoriais e histopatológicos. Em adultos a maioria das LHH são decorrentes de processos infecciosos ou neoplásicos. **Objetivo:** Relatar a associação de um caso linfo-histiocitose hemofagocítica secundário ao linfoma de Hodgkin. **Relato de caso:** Homem, 21 anos, sem comorbidades conhecidas, admitido com quadro de duas semanas de febre diária e sudorese noturna associada a hepatoesplenomegalia e icterícia. Exames laboratoriais demonstraram pancitopenia com hemoglobina 7.1g/dL, hematócrito 20.9%, normocítica e normocrômica, leucócitos 3.100 mm³ sem blastos na periferia, plaquetas 56.000 mm³, elevação de transaminases em 10 vezes o limite superior, com desidrogenase láctica de 1516

U/L, bilirrubina total 4,4 mg/dL as custas de indireta, ferritina sérica 23.316 ng/dL e triglicerídeos 515 mg/dL. As sorologias para HIV, HTLV, Citomegalovírus, Herpes, Parvovírus-19, Toxoplasmose e Epstein-Barr foram negativas. O mielograma demonstrou atividade hemofagocítica e a imunofenotipagem sem população com fenótipo anômalo. Tomografia de abdômen e tórax mostrou hepatomegalia estendendo até fossa ilíaca direita com acentuada esplenomegalia, adenopatia para-aórtica, mediastinal anterior e paratraqueal direita. Iniciado dexametasona e etoposide conforme protocolo HLH-94. Paciente evoluiu com melhora clínica, afebril sete dias após início do tratamento. Subsequentemente o resultado da biópsia de medula óssea demonstrou predomínio histiocitário com imagens de fagocitose e áreas de necrose coagulativa e a biópsia de linfonodo supra clavicular evidenciou Linfoma de Hodgkin (LH). Recebeu alta para seguimento ambulatorial e início do tratamento da doença desencadeante com adriamicina, bleomicina, vimblastina, dacarbazina (ABVD). **Discussão:** A LHH secundária pode ser encontrada em até 1% das malignidades hematológicas mais comumente encontrada nos linfomas não-Hodgkin, especialmente os linfomas de células T e de células Natural Killer, por outro lado a associação com Doença de Hodgkin (DH) raramente é relatada e está relacionada a um mau prognóstico. Além disso a LHH limita o uso de tratamentos padronizados para o LH como o ABVD que costuma ser contraindicado em disfunção hepática grave, habitualmente encontrada nessa síndrome. O etoposide é fortemente recomendado para pacientes com LHH secundária a malignidade. Frequentemente são necessárias terapias individualizadas para pacientes com ambas condições. Relatos na literatura sugerem benefícios em tratamento inicial com esquemas alternativos com rituximabe, ciclofosfamida, etoposide, procarbazona e prednisona (R-CEPP) e rituximabe, etoposide, metilprednisolona, citarabina em altas doses e cisplatina (R-ESHAP) que são mais bem tolerados na disfunção hepática, no entanto há lacunas de dados sobre sua eficácia. Dessa forma o tratamento ideal para associação de DH e LHH ainda permanece desconhecido. **Conclusão:** O relato trata de um quadro linfo-histiocitose hemofagocítica em um paciente jovem que evoluiu com remissão dos sintomas com terapia com etoposide e corticoide. Apesar de inicialmente desconhecida causa base desencadeante da LHH foi posteriormente diagnosticado com doença de Hodgkin uma associação rara na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.347>

346

LINFOMA DE HODGKIN PRIMÁRIO DE PULMÃO: ENTIDADE RARA TRATADA COM BRENTUXIMABE

S.R. Loss, L.M. Carvalho, J.F. Bombonatti, M.M. Langhi, A.N.R. Abdo, Y. Menezes, P. Bachour, O.C.G. Baiocchi, J.P.Z. Filho, J.O. Bordin

Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Acometimento pulmonar no linfoma de Hodgkin (LH) pode ser encontrado entre 15-40% dos casos,