doença refratária ainda nos dias atuais. **Conclusão:** Diferente da maior parte dos LH clássicos que apresentam bom prognóstico, o LH refratário possui baixas taxas de sobrevida global. O caso clínico relata sobre paciente que se mantém refratária as diversas linhas de tratamento implementadas até o momento, mas devemos destacar que se trata também de uma paciente jovem e em boas condições clínicas em que devemos buscar por causas de refratariedade, novos tratamentos e estudos clínicos.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.349

348

LMA SECUNDÁRIA A TRATAMENTO DE LINFOMA DE HODGKIN: RELATO DE CASO

R.B.C. Fagundes[a], H.C. Fonseca[a], H.H.F. Ferreira[a], L.G.D. Medeiros[a], D.B. Rogério[b], I.G. Farkatt[b], C.C.G. Macedo[b], J.F.R. Maciel[b], C.C. Villarim[b], A.E.F.D.R. Freitas[b]

[a] *Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil*
[b] *Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, Natal, RN, Brasil*

Objetivo: Relatar caso de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) secundária à abordagem terapêutica empregada para tratamento de Linfoma de Hodgkin do tipo Esclerose Nodular. **Material e métodos:** Estudo descritivo do tipo relato de caso, realizado a partir da revisão de prontuário em hospital de referência no primeiro semestre de 2020. **Relato de caso:** ETAS, paciente do sexo feminino, 43 anos, diabética, diagnosticada em Janeiro de 2015 com Linfoma de Hodgkin Esclerose Nodular EC IIAX (Bulky cervical). Realizou tratamento quimioterápico com 6 ciclos de ABVD (Adriamicina + Bleomicina + Vinblastina + Dacarbazina) e radioterapia em linfonodo cervical, com remissão completa, demonstrada por meio de PET-CT realizado em 2018 sem evidência de doença linfoproliferativa em atividade. Depois disso, a paciente prosseguiu com seguimento clínico de rotina por meio de reavaliações que confirmavam a manutenção da remissão completa. Em maio de 2020, foi admitida em hospital de referência com queixa de dor e distensão abdominal em evolução há 5 semanas, associado a tosse seca e dispneia com piora na última semana. Aos exames, apresentava anemia com hemoglobina de 10,2 g/dL, leucocitose de 82.900/mm^3 com predomínio de blastos e plaquetopenia de 39.000/mm^3. Foram realizadas tomografias computadorizadas de tórax e de abdome que evidenciaram recidiva da neoplasia caracterizada pelo surgimento de linfonodomegalias mediastinais, axilares, intra-abdominais, pélvicas e inguinais, associado a derrame pleural bilateral. Na investigação, mielograma com imunofenotipagem evidenciou presença de 88% de blastos mieloides, além de expressão aberrante de antígeno CD19. Após o diagnóstico, foi realizada citorredução com Hidroxiuréia 3 g/dia por 4 dias, seguida pelo primeiro ciclo de terapia de indução com Citarabina e Daunorrubicina. Um mês após concluir essas medicações, colheu novo mielograma com imunofenotipagem, o qual mostrou persistência de 14% de blastos, com positividade para marcador CD34. Optou-se então por repetir o esquema de indução e programar em seguida transplante alogênico de medula óssea (MO), caso confirmada remissão. Novo estudo de MO evidenciou refratariedade da doença, com 88% de blastos. **Discussão:** O linfoma de Hodgkin, neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação de um clone neoplásico advindo dos tecidos linfóides, tem como subtipo mais prevalente o Esclerose Nodular. Este geralmente associa-se a um bom prognóstico e tem como tratamento de eleição o esquema ABVD combinado à radioterapia, cujo objetivo é a remissão completa da doença. Entretanto, embora tais quimioterápicos não sejam causadores de neoplasias, a radioterapia é capaz de induzir a carcinogênese. Essas medidas representam, por isso, risco elevado no desenvolvimento de uma segunda neoplasia. Questiona-se, então: o prognóstico poderia ser melhor sem os efeitos iatrogênicos da radioterapia? **Conclusão:** Vê-se, então, que o manejo de duas neoplasias hematológicas diante desse cenário de complicação tardia do tratamento constitui um desafio terapêutico da especialidade. Cabe destacar ainda tais casos como situações de pior prognóstico, atentando para a necessidade de um julgamento clínico adequado na escolha do esquema para abordagem do LH. São necessários, portanto, novos estudos com o intuito de amenizar os riscos desse tratamento e garantir intervenção segura.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.350

349

MORTALIDADE POR LINFOMA DE HODGKIN NO BRASIL: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

B.C.R. Silva[a], M.O. Andrade[a], G.P. Bertholucci[a], J.F. Carneiro[a], M.S. Castro[a], B.M.S. Gomes[a], T.C.A. Gomes[a], L.F.M. Moraes[a], J.A.B. Leão-Cordeiro[b], A.M.T.C. Silva[a]

[a] *Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil*
[b] *Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil*

Introdução: O termo doença de Hodgkin surgiu em 1832, a partir da descrição, de Thomas Hodgkin, de uma série de autópsias com linfadenopatia e esplenomegalia. Contudo, a compreensão dessa entidade como uma neoplasia de células B ocorreu apenas no final da década de 1990, levando à ascensão do termo linfoma de Hodgkin (LH). As células neoplásicas, que podem ser gigantes e multinucleadas ou grandes e mononucleadas, são cercadas por um infiltrado inflamatório com linfócitos, eosinófilos, neutrófilos, histiócitos e plasmócitos. A etiologia do LH ainda não foi esclarecida, mas sabe-se que há relação com o vírus Epstein-Barr. O LH é subdividido em linfoma clássico de Hodgkin, que representa cerca de 90% dos casos, e linfócitos nodulares predominantes. O diagnóstico do LH baseia-se nos achados clínicos, histológicos (biópsia), de imunofenotipagem, além dos estudos moleculares e citogenéticos, e se dá, principalmente, entre os 20 a 30 anos idade. Quanto ao tratamento, as principais ferramentas existentes são: quimioterapia, radioterapia e terapia em conjunto, que são altamente eficientes na cura do LH e capazes de diminuir sua mortalidade. **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico de mortalidade por linfoma de Hodgkin, no Brasil, nos