

compressão medular, deambulando. Mantém quimioterapia com ABVD. **Discussão:** Vários são os mecanismos para justificar a compressão das raízes nervosas e da medula nos linfonos, sendo os mais frequentes a presença de tecido linfomatoso no espaço epidural, sem lesão de corpo vertebral, sendo este infiltrado oriundo da extensão de linfonodos cervicais, mediastinais ou retroperitoniais. O quadro clínico é de uma compressão rádiculo medular de envolvimento agudo, iniciando-se com dor do tipo radicular, seguida de alterações motoras e sensitivas abaixo da lesão. A radioterapia e a quimioterapia, associados ou não à cirurgia são os meios terapêuticos preconizados. A proporção de pacientes que tem a manifestação neurológica como complicação é muito diferente daquelas em que compressão raquimedular é a apresentação da doença. Trata-se de um linfoma de Hodgkin avançado, com atraso no início do tratamento, evoluindo com síndrome de compressão medular. **Conclusão:** A quimioterapia e/ou radioterapia são tratamentos bem-sucedidos para a doença de Hodgkin que se apresenta com compressão da medula espinhal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.142>

#### LINFOMA DE HODGKIN X TUBERCULOSE GANGLIONAR: RELATO DE CASO

SL Zielak, MB Cursino

Hospital Adventista Silvestre (HAS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

O Linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia linfoproliferativa com origem nos linfonodos caracterizada pela presença histológica de células de Reed-Stenberg. Clinicamente apresenta adenomegalia e sintomas constitucionais como febre, sudorese noturna e perda ponderal podem estar presentes. O acometimento extra-ganglionar é incomum, mas pode atingir medula óssea, pulmão, ossos, trato gastrointestinal, medula espinhal e cérebro. A biópsia excisional de linfonodo acometido é o procedimento padrão para o diagnóstico. O objetivo desse relato é apresentar um caso de LH em que houve dificuldade diagnóstica mesmo com realização de biópsia. Foram utilizados dados da equipe médica que assistiu o paciente e consulta ao prontuário. Paciente ASA, 49 anos, feminino, tabagista, sem comorbidades, compareceu à consulta com oncologista apresentando queixa de lombociatalgia há 3 anos com diagnóstico de hérnia de disco evoluindo com piora progressiva. Vinha em acompanhamento com reumatologista que após investigação radiológica encontra os achados de linfonodomegalias difusas, esplenomegalia e múltiplas lesões ósseas osteoblásticas, realizou também cintilografia óssea que evidenciou aumento do remodelamento ósseo em coluna toracolombar, além de articulações sacroilíacas direita, acetábulo esquerdo e fêmures. Ao exame paciente apresentava pequenos linfonodos palpáveis em região supra clavicular e inguinal direitas. Negava febre, perda de peso ou sudorese. Realizou biópsia de medula óssea com achados normais e biópsia de linfonodo axilar que evidenciou diagnóstico histopatológico de tuberculose ganglionar. Paciente concluiu tratamento com esquema RIPE porém apresentou piora dos

sintomas algícos que começaram a incluir região torácica, membros e bacia, chegando a necessitar de várias idas à emergência e algumas internações para controle de dor. Várias tomografias foram realizadas com evidência de lesões osteoblásticas esparsas, esplenomegalia e linfonodomegalias difusas. Realizou também pesquisa de marcadores tumorais CA 19,9; CA 72,4; CA 125; CA 15,3 e CEA todos negativos. Diante da progressão do quadro foi submetida a nova biópsia de linfonodo aproximadamente seis meses após a primeira, que revelou células com morfologia de células de Reed-Stenberg e suas variantes com o seguinte perfil de imunomarcção: imunopositividade com os anticorpos anti CD20 (multifocal, fraco a moderado), CD30 (difuso) e CD68 (multifocal, evidenciando granulomas). Chegando ao diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clássico, tipo esclerose nodular, grau 2, variante sinicial com associação de processo inflamatório crônico granulomatoso e ausência de microorganismos identificados. Após diagnóstico de LH paciente foi submetida a 6 ciclos de ABVD (doxorubicina, bleomicina, vimblastina, dacarbazina) e 4 ciclos de ICE (ifosfamida, carboplatina, etoposídeo), mesmo assim apresentava 70% de infiltração medular em biópsia de medula óssea realizada. O caso chama atenção para a presença de lesões osteoblásticas múltiplas, achado pouco comum no LH e principalmente para o falso diagnóstico inicial de tuberculose ganglionar encontrado na primeira biópsia que confundiu o raciocínio clínico e atrasou o tratamento adequado, o que alerta para a importância da correlação dos achados histopatológicos com a clínica do paciente, a necessidade de duvidar da biópsia quando esta não condiz com o quadro e estar atento aos diagnósticos diferenciais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.143>

#### PERFIL DOS GASTOS HOSPITALARES DE PACIENTES INTERNADOS COM DOENÇA DE HODGKIN NO ESTADO DO PIAUÍ DE JANEIRO DE 2017 A MAIO DE 2022

MAF Filho, AKO Moura, RNC Silva, IIM Carvalho, EBS Nogueira, MFND Rêgo

Centro Universitário Faculdade Integral Diferencial (UNIFACID), Teresina, PI, Brasil

**Objetivo:** Analisar de forma comparativa os aspectos relativos aos gastos referentes a saúde para o tratamento de pacientes hospitalizados com doença de Hodgkin no estado do Piauí. **Materiais e métodos:** O estudo ecológico é de caráter descritivo e retrospectivo. Sendo utilizado os dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) na seção do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). As informações analisadas foram: o perfil de internações pelo linfoma de Hodgkin, total de internações, os gastos hospitalares das internações, a média do tempo de permanência dos pacientes, além do número de óbitos no período entre janeiro 2017 e maio de 2022. Para melhor organização destes dados, os mesmos foram agrupados no aplicativo Microsoft Excel®, onde se realizou a análise estatística descritiva e a frequência absoluta junto a relativa. **Resultados:** No intervalo de 2017 a 2021, houve uma queda no número de