

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 imunomarcagem: 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, vinblastina, 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 à 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

internações de 37,3% (94 em 2017 e 59 em 2021). De forma simultânea, se observou variações dos gastos hospitalares das internações: de 2017 a 2019 reduziu-se cerca de 27% (R\$ 94.605,98 em 2017 e R\$ 68.994,17 em 2019), em 2020 (período da pandemia da COVID-19) aumentou cerca de 38,7% em relação ao ano anterior (R\$ 95.706,10 em 2020), decaindo 5,8% em 2021 (R\$ 90.120,19), seguido de um aumento aproximado de 12% até maio de 2022 (R\$ 100.903,05). Além disso, em relação ao período médio de permanência dos pacientes entre janeiro de 2018 a maio de 2022, se evidenciou um prolongamento: 4,8 dias em 2018; 5,2 em 2019; 6,5 em 2020; 6 em 2021 e 7,9 até maio de 2022. Por fim, analisando o número de óbitos, o ano de 2017 apresentou o maior número de óbitos (8 mortes), discrepando do que foi observado em 2020 (período de pandemia de COVID-19) com notificação de apenas uma morte (redução de 25% em relação a 2019 - 4 mortes). **Discussão:** Observa-se que o número de internações no estado do Piauí está inversamente proporcional ao valor total das despesas (aumento dos gastos com a diminuição de internações), tendo em vista que a média de permanência nos hospitais vem aumentando. Durante a pandemia da COVID-19, os valores totais dos custos foram significativos, podendo suspeitar de uma maior gravidade do quadro clínico nos pacientes com linfoma de Hodgkin pela imunossupressão, necessitando de maiores suportes. Os óbitos apresentaram uma tendência decrescente, principalmente durante o período da pandemia, na qual muitos casos podem ter sido subnotificados. **Conclusão:** Dessa forma, a partir desta pesquisa descritiva, é possível concluir que os hospitais tiveram um gasto maior com o passar dos anos, bem como um aumento da média de permanência dos pacientes. Além disso, infere-se que a pandemia da COVID-19 contribuiu para que esses gastos crescessem de forma exponencial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.144>

LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA COMO APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO NA PRESENÇA CONCOMITANTE DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO

CAR Junior, ABS Caio, AMD Serejo,
DA Reckziegel, MCC Vasconcelos, LC Ferreira,
LHA Ramos, RS Vasconcelos

Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF),
Brasília, DF, Brasil

Introdução: A linfocitose hemofagocítica (LHH) é uma doença ameaçadora à vida, em que há uma ativação imune descontrolada, sendo geralmente dividida em dois tipos principais: primária, em que há associação de mutação genética e predisposição familiar, e secundária, geralmente correlacionada a infecções, malignidades e condições autoimunes. Não obstante, frequentemente são detectados múltiplos fatores de risco no momento da apresentação inicial e diagnóstico. **Caso clínico:** Paciente feminina, 30 anos de idade, previamente portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana

(HIV), em uso irregular da terapia antirretroviral, procurou atendimento médico devido sintomas de anemia, perda de peso e febre. Na avaliação inicial, foi identificada hepatoesplenomegalia e icterícia, sendo hospitalizada para investigação. Após exames complementares, evidenciou-se anemia severa, leucopenia, disfunção renal aguda, lesões osteodensas / escleróticas em coluna lombar, suspeitas de malignidade. Equipe assistente (infecção) aventou a possibilidade de hemofagocitose, sendo avaliada pela Hematologia com exame clínico e avaliação medular. Não foi evidenciado sinal de hemofagocitose no mielograma inicial, porém, devido à alta suspeita, foi iniciado tratamento com dexametasona e etoposídeo, apresentando boa resposta. Posteriormente, a biópsia de medula óssea (BMO) revelou numerosas figuras de hemofagocitose, além de infiltrado por linfócitos atípicos. Imunohistoquímica inicial sugeriu doença de linfócitos T. Em seguimento ambulatorial, houve surgimento de múltiplas adenomegalias, revisão de imunohistoquímica de BMO inconclusiva. Biópsia excisional de linfonodo foi compatível com Linfoma de Hodgkin Clássico, tratado com bleomicina, dacarbazina, doxorubicina e vimblastina (ABVD). A avaliação de resposta por tomografia por emissão de pósitrons evidenciou critério 2 de Deauville. **Discussão:** A LHH é uma síndrome grave, associada a uma alta taxa de mortalidade. O fator desencadeante mais comum para LHH secundária em adultos é infecção, seguida de malignidade e condições autoimunes. Muitos pacientes com LHH secundária tem múltiplos fatores de risco. No caso em questão, apesar do HIV, havia também lesões ósseas que requeriam maior investigação. A LHH no contexto de malignidade pode ocorrer em duas situações: a primeira, mais comum, e que se encaixa no quadro clínico de nossa paciente, é com doença maligna ativa concomitante, enquanto a segunda, e menos comum, quando o paciente foi submetido ou está em tratamento quimioterápico. Ressalta-se, contudo, que apesar da associação com malignidade, há poucos relatos na literatura com linfoma de Hodgkin. **Conclusão:** Diante de uma LHH, é importante não apenas diagnosticá-la, mas também avaliar os prováveis eventos desencadeantes. Neste relato, apesar de boa resposta ao tratamento inicial proposto diante da alta suspeição, foi importante seguir com investigação de fator causal, considerando o linfoma em atividade, necessidade de tratamento e prevenção de recaídas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.145>

LOWER DOSES OF DACARBAZINE AS A SAFER STRATEGY WITH EQUAL EFFECTIVENESS IN HODGKIN LYMPHOMA'S INTENSIVE TREATMENT PROTOCOL (MODIFIED EBEACOPP): PRELIMINARY RETROSPECTIVE ANALYSIS OF A SINGLE AND PUBLIC CENTER IN BRAZIL

LH Dullea^a, AGO Braga^b, SC Fortier^a,
TMB Silveira^a

^a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

^b AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil