

Introduction: Hodgkin lymphoma (HL) is a hematologic neoplasm with great prognosis, although patients with advanced disease presents worse outcomes. The German Hodgkin Study Group (GHSg) proposed a new approach to treat advanced LH patients with a more intense and aggressive protocol aiming better responses, but most of discussions regards between the benefit of improving response versus the onus of adding more toxicity. The original described escalated BEACOPP (eBEACOPP) had procarbazine as part of the protocol. In 2008, a public health care center in São Paulo (Santa Casa de Misericórdia) started using this protocol with LH patients in stage IIB or more and with IPS equal or above 3. In Brazil, procarbazine is not an available drug, thus the original protocol was modified incorporating dacarbazine (BRECADD) 375 mg/m² in D8 of each cycle. When the first results of the BRECADD protocol study were published, with dacarbazine 500 mg/m² (D2,D3), our service decided increase the dose the same as the study, but the impression was the improvement of toxicity without any gain in efficacy. **Objective:** Compare the two protocol doses (375 mg/m² versus 500 mg/m²) applied at Santa Casa for HL advanced patients in a similar period. **Methods:** Retrospective study analyzing data from 31 patients that were followed up at a single center in Brazil from 2019 and 2021. Age at diagnosis, gender, Ann Arbor stage, laboratory characteristics, number of realized cycles, neutropenia in each cycle and responses rates were collected. **Results:** Seventeen of the 31 patients received 500 mg/m² (500-group) and fourteen received 375 mg/m² (375-group). The responses rates at the end of which protocol were equivalent in both groups (71% in 375 group and 76% in 500 group with CR). When analyzing the number of cycles that patients evolved with febrile neutropenia, the 500-group had 3 times more events (17,9%) than the 375-group (6,09%) with p value of 0,04. This difference was reflected in the need for change the protocol do ABVD in about 47,1% of patients in 500-group due to toxicities. **Conclusion:** In this small cohort of a single public center in Brazil using 375 mg/m² of dacarbazine per protocol of BRECADD turn out to be a safer strategy without losses in responses for HL advanced patients.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.146>

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA INDUZIDA POR BLEOMICINA: UM RELATO DE CASO

VR Siqueira, TB Soares, ET Calvache,
RS Ferrelli, EW Corrêa, CK Weber, AA Hofmann,
CE Wiggers, F Dortzbacher, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto
Alegre, RS, Brasil

Objetivos: relatar caso de paciente com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin Clássico que evolui com toxicidade pulmonar grau 4 após a primeira aplicação do protocolo ABVD. **Relato de caso:** Mulher, 45 anos, é internada em hospital terciário para investigação de febre, perda ponderal, astenia e surgimento de adenomegalias. Relatava diagnóstico de HIV há 5 anos, sem tratamento. Durante a internação, realizou

biópsia excisional de linfonodo cervical com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin de subtipo celularidade mista Estágio IV B sendo iniciado tratamento com protocolo ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina). Uma hora após o fim da infusão dos quimioterápicos, paciente iniciou com quadro de dispneia, evoluindo com insuficiência ventilatória aguda e necessidade de suporte intensivo com ventilação mecânica invasiva. Realizou tomografia computadorizada de tórax após a estabilização clínica com evidência de extensas áreas de consolidação com predomínio central e peribroncovascular, acometendo a totalidade de ambos os pulmões compatível com pneumonite medicamentosa. Neste contexto, foi iniciado terapia com dexametasona 40 mg nos primeiros 4 dias, seguindo-se com prednisolona 1 mg/kg/dia, com melhora progressiva dos parâmetros ventilatórios e extubação após 7 dias. Diante da hipótese de toxicidade pulmonar aguda grave por Bleomicina, paciente seguiu tratamento apenas com protocolo AVD, com resposta completa após 6 ciclos. **Discussão:** A bleomicina é um fármaco antitumoral que é utilizado no tratamento de várias neoplasias, destacando-se os tumores germinativos e o linfoma de hodgkin. Uma das principais preocupações com o uso desta medicação é o risco de toxicidade pulmonar, principalmente a fibrose pulmonar intersticial (cerca de 10% dos pacientes). Vários fatores podem influenciar no risco de desenvolvimento de lesão pulmonar, tais como a função renal, a idade, a dose cumulativa do medicamento e uso concomitante de oxigênio. As manifestações podem ser diversas, como tosse, dor pleurítica, dispneia, hipoxemia, dentre outras. Como os sintomas geralmente desenvolvem-se de 1 a 6 meses após a exposição à droga, o diagnóstico é feito excluindo causas infecciosas e neoplásicas somado a um quadro clínico e radiológico compatível. A diferença neste caso consiste na apresentação clínica incomum, tendo em vista que apenas a minoria dos pacientes com acometimento pulmonar terá um quadro agudo, sobretudo com toxicidade grau 4. Soma-se a isto que o início abrupto dos sintomas logo após a primeira aplicação tornou o caso ainda mais desafiador, sendo necessário fazer o diagnóstico diferencial com outras condições clínicas, como anafilaxia e síndrome do desconforto respiratório agudo. O tratamento baseia-se na interrupção permanente do uso de bleomicina e utilizar corticoides sistêmicos por 4 a 6 semanas nos casos agudos e de hipersensibilidade. **Conclusão:** Apesar da toxicidade pulmonar da bleomicina ser um paraefeito com uma evolução mais comumente subaguda ou crônica, alguns casos podem se apresentar de maneira abrupta com necessidade de uma abordagem imediata.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.147>

LINFOMA DE HODGKIN EM PÂNCREAS: RELATO DE CASO

DR Spada, JA Rena, CAC Vieira, MC Locatelli,
BN Nascimento, AC Vecina, MA Gonçalves,
JR Assis, MG Cliquet

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-
SP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O Linfoma de Hodgkin (LH) é uma doença linfoproliferativa derivada de células B, caracterizado pela presença das células Reed-Sternberg. A sintomatologia mais comum é febre, tosse, sudorese noturna, perda de peso, fraqueza e linfadenopatia indolor. O diagnóstico é feito através da análise histopatológica e estudo imuno-histoquímico, e o tratamento preconizado é com quimioterapia, sendo mais utilizado o esquema ABVD - doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina, associado ou não a radioterapia. O envolvimento secundário do pâncreas por Linfoma é raro, sendo o acometimento primário ainda mais raro (1 a 2% de todos os linfomas extranodais). Embora os sintomas e imagens radiológicas possam ser indistintas do adenocarcinoma de pâncreas (neoplasia mais frequente envolvendo o pâncreas), o tratamento do Linfoma pancreático é diferente e o prognóstico bem superior àquele. **Objetivos:** Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de LH com envolvimento pancreático, sendo relevante devido a raridade e, portanto, baixa suspeição diagnóstica diante dos sintomas e imagens radiológicas, com confirmação somente através de análise histopatológica. **Metodologia:** Levantamento de dados em prontuário e revisão de literatura. **Relato De Caso:** Paciente C. K.C.A., 29 anos, sem comorbidades, com história de perda de peso, prurido generalizado, sudorese noturna, além de dor e aumento de volume abdominal havia 2 meses. Realizou tomografia de abdome, que evidenciou formação expansiva heterogênea, centrada na cabeça e corpo pancreáticos, medindo 15,8 cm x 10,0 cm além de múltiplos nódulos sólidos circunjacentes à lesão e linfonodomegalias retroperitoneais. Biópsia da lesão demonstrou tratar-se de Linfoma de Hodgkin Esclerose Nodular de Pâncreas. Iniciou o protocolo quimioterápico com ABVD aos cuidados da Hematologia, após o qual evoluiu com diminuição do volume abdominal e melhora dos sintomas, recebendo alta e encaminhada para acompanhamento ambulatorial. **Discussão:** O Linfoma de Hodgkin se caracteriza pelo aparecimento das células de Reed-Sternberg (linfócitos do tipo B com derivação maligna por proliferação clonal) que possuem citoplasma abundante, binucleadas (podendo ser multinucleadas), com dois nucléolos grandes (um em cada núcleo), apresentando-se com aparência de olhos de coruja. Pode ser dividido em LH clássico (90% dos casos) sendo subclassificados em: EN (esclerose nodular), CM (celularidade mista), ricos em linfócitos e depleção linfocitária e LH de predomínio linfocitário nodular. A doença se apresenta com linfadenopatia nas regiões cervical e/ou supraclavicular, febre, perda ponderal (mais de 10% do peso em seis meses) e sudorese noturna. O sistema de estadiamento mais utilizado para descrever a extensão do LH é a classificação Lugano, baseada no antigo sistema Ann Arbor, em que os três primeiros estádios indicam o grau de acometimento linfonodal, enquanto que o quarto indica acometimento extra-linfonodal. Apesar de protocolos eficazes e até alcance de cura, alguns pacientes são refratários ou apresentam recorrência do linfoma. **Conclusão:** O presente relato permite despertar a suspeição diagnóstica de LH a partir de manifestações atípicas, demonstrar que o diagnóstico definitivo requer análise histopatológica/imunohistoquímica, e evidenciar resposta clínica após instituição de tratamento específico (ABVD).

LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DO LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO

LM Corso, KS Marques, JO Martins, ASA Júnior, Y Nukui, MG Cliquet

Instituto de Gastroenterologia de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Relatar caso de linfohistiocitose hemofagocítica como manifestação inicial do linfoma de hodgkin clássico (LHc). **Relato de caso:** Paciente feminino de 62 anos com antecedente artrite reumatóide (AR), foi admitido em novembro de 2021 com quadro de adinamia, fraqueza e cansaço há 30 dias. No hemograma apresentava anemia hb 8 VCM 85 RDW 19% leucocitos 3240/mm³ neutrófilos 1260/mm³ linfócitos 1460/mm³ plaquetas 19.000/mm³. Apresentava ferritina 8.000 ng/mL, triglicerídeos 280 mg/dL, AST 70, esplenomegalia e febre 39°C diária. Foi realizado um mielograma que veio com figuras de hemofagocitose. Paciente apresentava em tomografia computadorizada de abdome e pelve linfonodomegalia em região ligamento hepatogástrico/hilo hepático 5,8 cm x 2,2 cm. Foi então iniciado terapia com dexametasona 40 mg/dia por 5 dias e imunoglobulina 1 g/kg ao dia por 3 dias. Paciente apresentava 10 dias após o início do tratamento hb 10,8 neutrófilos 4986 linfócitos 973 plaquetas 111.000, já estava afebril desde o início da dexametasona e não havia mais sintomas constitucionais. Ao repetir a imagem não havia mais linfonodomegalia em região abdominal. Após alta paciente manteve seguimento com a equipe da reumatologia onde foi realizado rituximabe em março/2022. Paciente começou a apresentar em maio de 2022, perda de peso, fraqueza e adinamia. Foi realizado PET-CT que mostrou linfonodomegalia supra e infraclavicular esquerda 2,3 cm e em hilo hepático medindo cerca de 5,8 cm x 2,2 cm. Foi realizado core biopsy do linfonodo supraclavicular esquerdo que veio com imunohistoquímica negativa para malignidade. Em julho de 2022 o quadro de cansaço e febre diária se agravou, foi então realizado novo hemograma onde foi visto nova pancitopenia (hb 7,1 leuc 3630 n 2614 plaquetas 62.000). Apresentava ferritina de 2500. Paciente foi internada e realizada biópsia excisional de linfonodo supraclavicular. Laudo da biópsia foi de LHc subtipo depleção linfocitária. **Discussão:** Linfohistiocitose hemofagocítica (HLH) é uma resposta imune não controlada e exacerbada, produzindo quantidade enormes de citocinas inflamatórias. Pode ser de causa primária relacionado a vários defeitos moleculares e também pode ser secundário, relacionado a infecções, doenças autoimunes, imunodeficiência adquirida e várias doenças oncológicas, principalmente as onco-hematológicas. Critérios diagnósticos podemos utilizar os que foram realizados no estudo HLH-2004: 5 de 9 achados para confirmar o diagnóstico. Febre $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$, esplenomegalia, citopenia ao menos 2 das seguintes: hb < 9 g/dL; plaquetas $< 100,000/\text{microL}$; neutrófilos $< 1000/\text{microL}$. Hipertrigliceridemia > 265 mg/dL e/ou hipofibrinogenemia < 150 mg/dL. Figuras de hemofagocitose na medula óssea, baço, linfonodo ou fígado. Ferritina > 500 ng/mL. CD25 solúvel elevado em dois desvios padrão ajustado pela idade. Atividade de células NK ausente ou baixo. CXCL9 elevado. Nosso paciente apresentava febre, pancitopenia, esplenomegalia, hipertrigliceridemia,