

LINFOMA DE HODGKIN EM PACIENTE COM SÍNDROME DE SJÖGREN, DOENÇA CELÍACA E NEFROPATIA MEMBRANOSA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

TF Dios^a, LER Chaer^a, CEDR Castro^a,
MO Galvão^a, MEP Aguiar^a, PHN Mattos^a,
GG Almeida^a, MCS Freitas^a, FSB Ferreira^b,
FD Xavier^{a,b}

^a Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital DF Star, Brasília, DF, Brasil

Objetivo: Relato de um caso de linfoma de Hodgkin associado a síndrome de Sjögren, doença celíaca e nefropatia membranosa. **Material e métodos:** Revisão de prontuário do paciente e da literatura. As bases de dados utilizadas foram PubMed, SciELO e Google Acadêmico. Os termos empregados na busca foram: “linfoma de Hodgkin”, “síndrome de Sjögren”, “doença celíaca”, “nefropatia membranosa”. **Resultados:** ACNB, feminino, 30 anos. Em maio de 2022, paciente foi internada para investigação de quadro febril há 2 semanas, associado a bicitopenia, astenia e vômitos. Comorbidades: síndrome de Sjögren (SS) primária, nefropatia membranosa e doença celíaca. Negava sudorese noturna, perda de peso ou prurido. Exames laboratoriais revelaram anemia e linfopenia, DHL de 263 U/L, ferritina de 714, VHS de 120 mm/h, albumina 3,6 g/dL, proteinúria 1929,6 mg/24h e sorologia EBV IgG positiva. EDA normal. TC de tórax evidenciou linfonodomegalias cervicais, axilares, mediastinais e hilares bilaterais. TC de abdome evidenciou hepatoesplenomegalia e linfonodomegalias no abdome superior. PET-CT demonstrou lesões esplênicas, ósseas e múltiplas linfonodomegalias cervicais, torácicas, abdominais hipermetabólicas (SUV máx 24,3). Biópsia de linfonodo axilar esquerdo e biópsia de medula óssea foram compatíveis com linfoma de Hodgkin (LH) clássico, subtipo esclerose nodular (Positivos: CD30, PAX5, CD15 e MUM1. Negativos: CD20 e CD3). Estadiamento de Lugano IVB e índice prognóstico IPS 4. Paciente em tratamento: 6 ciclos do protocolo A+AVD. PET-CT de controle após 2 ciclos de tratamento demonstrou melhora parcial com resolução de múltiplas linfonodomegalias hipermetabólicas, lesões esplênicas e ósseas, mas linfonodos axilares esquerdos persistem com hipermetabolismo (SUV máx 1,6). **Discussão:** Pacientes com doenças autoimunes como a doença celíaca e SS têm risco aumentado de desenvolver linfoma não Hodgkin (LNH). Destacamos a SS, associada a um aumento de 44 vezes o risco de desenvolver LNH. Contudo, não há evidências na literatura do aumento de risco de LH para esses pacientes. Na revisão de literatura, não encontrou-se relato de casos da associação de SS e LH no Brasil, mas há descrições em publicações internacionais. Outra informação de destaque é que a mediana de idade no diagnóstico de LNH associado a SS foi acima de 50 anos, diferente do diagnóstico precoce do caso. Pacientes com a doença celíaca apresentam risco 6 vezes maior de desenvolver LNH de células T, mas não há descrita associação com LH. Além disso, LH é associado a alterações renais, porém mais raramente à nefropatia membranosa, ocorrendo simultaneamente ou ainda antes do diagnóstico de LH. **Conclusão:** Como demonstrado no caso clínico, a associação de LNH com doenças autoimunes, como a SS e a doença celíaca, é bem descrita na

literatura. O diagnóstico de LH nessas situações é um fenômeno raro e com pouca descrição, sendo imprescindível realizar análises buscando a melhor compressão da relação das doenças autoimunes com outras doenças hematológicas. A divulgação do relato de caso promove maior estudo entre a comunidade médica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.193>

REMISSÃO COMPLETA COM ESQUEMA DA-EPOCH-R AMBULATORIAL PARA LINFOMA DE ALTO GRAU REFRATÁRIO EM IDOSO: RELATO DE CASO E REVISÃO

WF Silva, G Bellaver, CB Pacheco, HA Castralli,
AY Ueno, A Zago, JC Salvador, LPD Santos,
MR Sagrilo, KBM Mendes, KBM Mendes

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de linfoma não hodgkin de alto grau com remissão completa após esquema quimioterápico DA-EPOCH ambulatorial. **Materiais e métodos:** Estudo descritivo, do tipo relato de caso, com consulta e coleta de dados em prontuário. **Resultados e discussão:** Homem, 64 anos, branco, com dor abdominal recorrente e progressiva, febre vespertina e sudorese noturna, perda ponderal 20 kg em 3 meses, mudança do hábito intestinal. Submetido a ressonância magnética de abdome que mostrou fígado com lesões focais sólidas hipovasculares, medindo até 7,0 cm, compatíveis com implantes por neoplasia secundária; sinais de espessamento parietal circunferencial em alças de sigmóide, com restrição à difusão a realce irregular pelo contraste paramagnético. Procedeu-se investigação com colonoscopia que não mostrou alterações no lúmen intestinal. Tomografia de abdome evidenciou apenas lesões hepáticas. Realizada biópsia hepática percutânea em abril de 2021 que evidenciou infiltração focal por linfoma não hodgkin de células B periféricas ativadas, difuso de grandes células através de estudo imuno-histoquímico: CD20+ difuso, CD3+ pequenos linfócitos, CD10 -, BCL-6 + na maioria, BCL-2+ em vários subgrupos, C-MYC+ em 20%, Ki67 50%. Devido à indisponibilidade de pesquisa por Hibridação in situ por Fluorescência (FISH) para os rearranjos MYC (8q24), BCL2(18q21) BCL6 (3Q27). Foi dado o diagnóstico de Linfoma Não Hodgkin (LNH) difuso de grandes células B periféricas duplo expressor (DGCB DE) com estadiamento clínico avançado com acometimento em intestino delgado e fígado, CNS-IP alto risco. Iniciou o tratamento quimioterápico com rituximabe, dexametasona, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, metotrexato e citarabina (esquema R-Hyper-CVAD). Realizou três ciclos e evoluiu com complicações infecciosas durante o tratamento e bem como complicações cirúrgicas abdominais com necessidade de ileocolostomia. Optado por pausa no tratamento e reavaliação de doença, PET CT interim mostrou progressão de doença abdominal com linfonodos hipermetabólicos mediastinais, parede cólon sigmóide - SUV 3,3. Realizada a troca de protocolo para o etoposide com dose ajustada, prednisolona, vincristina, ciclofosfamida, doxorubicina e rituximab (DA-EPOCH-R) em