

computadorizada (TC) de tórax que evidenciou traves pulmonares fibroatelectásicas e bolhas parasseptais nos ápices pulmonares. Evoluiu com dispneia aos mínimos esforços e no teste do degrau dessaturação para 84%. Nova TC de tórax realizada mostrou consolidações parenquimatosas com opacidades em vidro fosco e espessamento dos septos interlobulares na periferia de ambos os pulmões, além de discreto espessamento difuso dos septos interlobulares e irregularidade pleuro-parenquimatosa dos ápices, sugestivos de BOOP, atribuída à toxicidade pulmonar por bleomicina. Iniciada corticoterapia com prednisona, com boa resposta e resolução completa dos sintomas. **Discussão:** Os fatores de risco relacionados à toxicidade pulmonar da bleomicina são idade, dose cumulativa, insuficiência renal, radioterapia prévia, doença pulmonar subjacente, histórico de tabagismo e uso de filgrastim. A toxicidade fatal é observada mais comumente nos pacientes de maior faixa etária. A triagem pode ser reservada à avaliação dos sintomas e idealmente deve ser realizada uma prova de função pulmonar antes do início do tratamento, que deve ser repetido se houver indicação clínica, sem prazos pré-estabelecidos. Comumente, o que mais se observa é uma pneumonite intersticial que progride para fibrose, podendo ocorrer também pneumonite de hipersensibilidade e insuficiência respiratória fulminante. A fibrose pulmonar pode ser encontrada em 3 a 4% dos pacientes que recebem bleomicina, formas mais leves de toxicidade são relatadas em uma porcentagem muito maior de pacientes. O tratamento das complicações pulmonares é a interrupção da medicação para os pacientes sintomáticos ou que apresentem declínio nas provas de função pulmonar. No caso relatado o padrão de acometimento pulmonar foi BOOP, complicação que é incomum nestes casos, mas com respostas satisfatórias ao uso de corticoides. **Conclusão:** A bleomicina é uma das principais drogas para tratamento de LH, entretanto a toxicidade pulmonar pode ter muitas vezes desfecho desfavorável. A avaliação pulmonar antes do início do tratamento é de suma importância, para guiar a terapêutica e inferir possíveis riscos. O tratamento ainda é controverso, mas há consenso de que a corticoterapia pode ser utilizada na tentativa de melhora sintomática e radiográfica, podendo haver ainda recaída e piora sintomática no desmame da droga.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.629>

#### DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE TIPO LINFOMA DE HODGKIN – RELATO DE CASO

NH Dias, GLF Bazurto, PA Guazzelli, DH Catelli, AA Paz

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

**Introdução:** A Doença Linfoproliferativa pós-Transplante (PTLD) tipo linfoma de Hodgkin clássico é a forma menos comum de PTLD. **Objetivos:** Expor a evolução clínica de um paciente transplantado renal com esta rara patologia. **Materiais e métodos:** Revisão de prontuário e pesquisa de revisão de literatura nas bases PubMed e LILACS. **Relato de caso:**

Paciente masculino de 41 anos, hipertenso e diabético, transplantado renal por doença desconhecida de doador falecido há 16 anos, procura atendimento por tosse seca e febre de 38°C intermitente há 6 meses, sem perda de peso ou sudorese noturna. Foram realizadas tomografias, que identificaram áreas de atenuação em vidro fosco nos lobos superiores; nódulos pulmonares bilaterais, sendo o maior de 1,6 cm; lesões escleróticas em corpos vertebrais e na bacia; linfonodos mediastinais, axilares e inguinais de até 1,6 cm no menor eixo; baço de 12,5 cm e enxerto renal com 14,2 cm de comprimento (média 12,5 cm em tomografia prévia). Devido aos achados pulmonares, realizou lavado broncoalveolar com biópsia do nódulo pulmonar e com pesquisa de infecção por bactérias, fungos, micobactérias e *Pneumocystis jirovecii*. Não foram evidenciados microorganismos no lavado. Apresentava sorologia negativa para Epstein-Barr vírus. A biópsia pulmonar evidenciou linfoma de Hodgkin clássico infiltrando o parênquima pulmonar. Devido ao aumento do enxerto renal e à lesão renal aguda, foi realizada biópsia renal, que apresentou imuno-histoquímica compatível com distúrbio linfoproliferativo pós-transplante do tipo linfoma de Hodgkin subtipo celularidade mista. Foi também realizada biópsia excisional de linfonodo inguinal que evidenciou linfoma de Hodgkin clássico. Paciente evoluiu com pancitopenia, febre diária, ferritina de até 140 mil e presença de histiócitos em hemofagocitose no medulograma, com diagnóstico de síndrome hemofagocítica secundária ao linfoma. Avaliação da medula óssea identificou infiltração neoplásica. Logo após o diagnóstico, foi optado por iniciar pulsoterapia com dexametasona endovenosa; entretanto, um dia após, com 46 mil plaquetas, evoluiu com hematoma subdural com desvio de linha média de 0,7 cm e hemorragia alveolar, necessitando de suporte ventilatório invasivo. O paciente faleceu por disfunção de múltiplos órgãos. **Discussão:** Nosso caso ilustra uma apresentação rara de PTLD e linfoma de Hodgkin em um paciente transplantado há mais de 10 anos. Constitui um tipo de linfoma de curso mais agressivo e com aumento do envolvimento extranodal. Possui incidência cumulativa em 10 anos de 1,6%. Há uma associação entre a localização do transplante e a distribuição do linfoma, não sendo incomum o linfoma se localizar no enxerto renal e evoluir com disfunção do enxerto. **Conclusão:** Este relato destaca o risco contínuo de linfoma com o tempo pós-transplante e o prognóstico desfavorável do linfoma pós-transplante.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.630>

#### LINFOMA DE HODGKIN COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA EM BEXIGA: RELATO DE CASO

T Siqueira, A Apa, A Monnerat, D Mercante, E Pietro, F Natário, F Nucci, G Ferraz, M Barcelos, M Praxedes

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

**Introdução:** O envolvimento extranodal dos linfomas normalmente é um evento que ocorre geralmente em associação com a doença disseminada, sendo mais comum no linfoma