

Pesquisa (CEP) em seres humanos. Os dados foram analisados pelo *software* Google Planilhas. Na avaliação da mortalidade, os dados foram agrupados conforme CID-10 (CID-C81), com seleção dos CIDs de interesse no Atlas de Mortalidade por Câncer (Modelos 1, 2 e 10). Admitiu-se, para análise das frequências de mortalidade, os números absolutos de óbitos/ano e sua distribuição por faixa etária. **Resultados e discussão:** Pacientes do sexo masculino (59,9%), tiveram maior propensão a desenvolver o LH do que mulheres, na faixa etária de 15-29 anos, com maior expressão entre 30-39 e 60-69. A porcentagem de óbitos (relativas ao total de mortes por neoplasias) diminuiu 66,9%, saindo de 0,68% (0,86% homens, 0,5% mulheres) para 0,225% (0,24% homens, 0,21% mulheres), desde 1979. Perfil Médio de Mortalidade (PMM): Evoluíram a óbito homens entre 40 a 49 anos. **Conclusão:** Nossos resultados apontam para maior prevalência do LH em homens jovens de 15 a 29 anos. A redução proporcional de óbitos poderia sugerir avanços significativos no diagnóstico e tratamento pertinentes. No entanto, o aumento absoluto de óbitos na última década alerta para investigação adicional sobre o que levou a esta tendência. A persistência de números constantes de óbitos até 2011 e aumento nos anos subsequentes, deveria abordar fatores socioeconômicos, ambientais e/ou genéticos para esta mudança. Há indicativo positivo, pela queda proporcional, de que esforços diagnósticos & terapêuticos têm sido mais eficazes. PMM apontou para homens de 40 a 49 anos, o que demanda políticas de Saúde Pública mais incisivas, como programas de rastreamento em grupos de risco e campanhas de conscientização sobre os sinais e sintomas do LH, evitando-se diagnósticos tardios o que favoreceria tratamentos mais eficazes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.356>

LINFOMA DE HODGKIN E TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: RELATO DE CASO E DESAFIO DIAGNÓSTICO

LLASM Correia, BB Arnold, ALC Gaspar,
RO Coelho, BB Cal, ME Pelicer, MAC Rodrigues,
LN Melo, TSP Marcondes, RD Gaiolla

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de
Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Botucatu, SP, Brasil

Introdução: O Linfoma de Hodgkin (LH) caracteriza-se histologicamente pela presença de raras células neoplásicas em meio a abundante infiltrado inflamatório. Este achado reflete os principais mecanismos envolvidos na sua fisiopatologia, como secreção elevada de citocinas no microambiente tumoral (ex., IL-10, TGF- β) e modulação da resposta celular, com inibição de células T citotóxicas e estímulo de células T regulatórias. Tais alterações favorecem o escape imune tumoral, mas levam a prejuízo na resposta imune adaptativa aumentando o risco de infecções oportunistas. **Objetivo:** Relatar diagnóstico simultâneo incomum de LH e Tuberculose Extrapulmonar (TB). **Relato:** Mulher, 65 anos, previamente hígida, há 4 meses evoluindo com rebaixamento no nível de consciência, confusão mental, desorientação, parestesia,

hiporexia e síndrome consumptiva. À admissão, notada anasarca, sarcopenia, esplenomegalia discreta e linfonodos (LN) inguinais bilaterais palpáveis, de até 1 cm; pancitopenia e reação leucoeritroblástica ao esfregaço de sangue periférico. Às tomografias: adenomegalias retroperitoneais e lesões nodulares hipodensas em baço e fígado. Encéfalo sem alterações. Mielograma com parênquima preservado qualitativamente, sem dispoese, estroma reativo, predomínio histiocitário; à Biópsia de Medula Óssea (MO), 3 granulomas epitelioides, Bacilos de Koch em moderada quantidade e coloração de Ziehl-Neelsen positiva, consistente com TB. Líquor e sorologias negativos. Optado por core-biopsy de LN inguinal para diagnóstico diferencial: LH clássico. Iniciado esquema RIPE e após 10 dias, visto prurido intenso atribuído ao LH, refratário a sintomáticos, optou-se por iniciar quimioterapia com esquema AVD (Doxorrubicina, Vimblastina e Dacarbazina), sem Bleomicina devido à idade. Pela Neurologia, após excluídas outras etiologias, os sintomas neurológicos foram interpretados como síndrome paraneoplásica, em recuperação progressiva com o tratamento do LH. **Discussão:** TB possui alta incidência e significativa morbimortalidade no Brasil (80 mil casos novos/ano, sendo 5,5 mil óbitos). Imunossuprimidos podem apresentar clínica inespecífica e formas atípicas da infecção, como extrapulmonar, inclusive que mimetizam e se sobrepõem a Doenças Linfoproliferativas - sendo essencial adequado estudo anatomopatológico. Nos diagnósticos simultâneos de TB à outra condição, prioriza-se iniciar tratamento para o bacilo (esquema RIPE) por 2-4 semanas e, depois, abordar a outra patologia envolvida, embora no contexto de neoplasias com indicação de quimioterapia (QT) o intervalo ideal não está bem estabelecido na literatura. Iniciamos QT precocemente pela gravidade sintomatológica associada ao LH, com resposta clínica favorável e sem toxicidade adicional. Deve-se atentar ao correto estadiamento do câncer para seu tratamento otimizado, visto diagnósticos sobrepostos trazerem esse desafio adicional. Ressalta-se a manifestação paraneoplásica neurológica da paciente, rara no LH, com neuropatia sensitivo-motora e paraparesia, uma vez que as manifestações neurológicas mais descritas são a degeneração cerebelar e a encefalite límbica. **Conclusão:** O duplo diagnóstico relatado se fez possível pela alta suspeição e investigação de múltiplos sítios (MO e linfonodo). Algo que deve ser considerado na prática clínica, sobretudo diante de casos atípicos como este, permitindo tratamento adequado precoce e melhor desfecho clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.357>

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, IMUNOHISTOQUÍMICO E DE RESPOSTA AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM LINFOMA DE HODGKIN

MS Assis^a, VS Jesus^a, JB Nogueira^b,
BAR Santana^a, LJ Santos^a, KLA Santos^a,
NL Silva^a, LCD Alves^a, IO Silva^a,
DM Schimieguel^a

^a Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju,
SE, Brasil

^b Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), Aracaju, SE, Brasil

Objetivos: O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de linfócitos nos linfonodos, com a presença de células de Reed-Sternberg. A extensão e localização do tumor define o estadiamento da doença, que segue a classificação de Lugano. O trabalho teve como objetivo caracterizar o perfil clínico-epidemiológico, imunohistoquímico e de resposta ao tratamento de pacientes adultos com LH. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo descritivo observacional retrospectivo, empregando coleta de dados de prontuários médicos de pacientes adultos com diagnóstico de LH entre os anos de 2006 e 2018 no Centro de Oncologia Osvaldo Leite do Hospital de Urgência de Sergipe. Em um questionário semiestruturado foram coletados dados referentes a: idade, sexo, data de nascimento, data do diagnóstico e início do tratamento, sintomas, imunohistoquímica e resposta ao tratamento. **Resultados:** Foram analisados 54 prontuários, dos quais foram excluídos 23 por falta de informações, restando 31 para o estudo. A média de idade foi de 30,9 anos (18-67), sendo 51,6% do sexo masculino. Os sinais e sintomas mais comuns foram linfonodomegalia (81,5%), tosse (18,5%) e perda de peso (18,5%). A imunohistoquímica apresentou positividade para Ki-67 (100%), PAX5 (100%), CD30 (93,5%), CD15 (89,2%) e CD20 (36,7%). O tempo médio entre o diagnóstico e início do tratamento foi de 40 dias (2-125). Vinte e dois (70,9%) pacientes responderam bem ao esquema terapêutico com doxorubicina, bleomicina, vimblastina e dacarbazina (ABVD) e continuam em remissão completa (RC) até a presente data. Nove pacientes (25,8%) foram refratários ou apresentaram remissão parcial (RP) ao ABVD, sendo submetidos a outra(s) linha(s) de tratamento e aos imunobiológicos brentuximabe e nivolumabe. Três pacientes foram submetidos ao transplante de medula óssea autólogo (TMO). **Discussão:** Estudos epidemiológicos demonstraram que a taxa de mortalidade por LH foi reduzida nos últimos anos devido à redução do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento, melhoria na eficácia das técnicas diagnósticas e aprimoramento dos protocolos de tratamento. Neste estudo, apesar da média razoável, o tempo entre diagnóstico e tratamento variou bastante, em virtude de falta de medicamentos e não comparecimento dos pacientes na data estipulada, por vezes ocorrido por carência de recursos financeiros. A taxa de RC com ABVD ficou um pouco abaixo em relação aos dados da literatura (> 80%). O número de pacientes que fizeram uso dos imunobiológicos, geralmente administrados em pacientes com doença avançada, como terapia de salvamento ou antes do TMO, foi pequeno. Isso pode ser explicado pela janela temporal do estudo, visto que a aprovação dos imunobiológicos no Brasil ocorreu após o ano de 2014. Em conformidade com a literatura, o PAX-5 é o marcador imunohistoquímico mais sensível e confiável para o LH, tendo positividade de 100% nos pacientes. O CD20 pode estar relacionado à melhora ou piora do desenvolvimento clínico. No presente estudo, 75% dos pacientes CD20 positivos apresentaram um bom desfecho clínico, com RC. **Conclusão:** Conclui-se que o período entre a data do diagnóstico e a data do início do tratamento, bem como fatores socioeconômicos podem influenciar no prognóstico e resposta ao tratamento dos pacientes. Apesar disso, o

esquema terapêutico ABVD continua tendo altas taxas de RC para o linfoma de Hodgkin.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.358>

LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO COMO APRESENTAÇÃO INCOMUM DE DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS TRANSPLANTE – RELATO DE CASO

LTPB Silva, ACR Marques, BM Oliveira, GG Cunha, L Miloni, MLRO Almeida, VMR Souza, VOC Rocha, VL Costa, OCG Baiocchi

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (PTLD) é uma potencial complicação após longos períodos de imunossupressão em pacientes transplantados de órgãos sólidos. Consiste em proliferação linfoide com diferentes manifestações histopatológicas, sendo o tipo Linfoma de Hodgkin Clássico a mais rara dentre elas. **Objetivo:** Relatar uma apresentação clínica incomum de PTLD em paciente transplantada renal. **Material e métodos:** Revisão de prontuário e revisão de literatura nas bases PubMed. **Relato de caso:** Paciente feminina, 44 anos, transplantada renal de doador falecido há 29 anos por glomerulonefrite de etiologia indefinida é admitida no Pronto-Socorro do Hospital São Paulo em março de 2024 devido a sangramento uterino anormal associado a dor abdominal, episódios intermitentes de febre e lipotímia. A paciente relatava que, quatro semanas antes da internação, realizou investigação de citopenias em serviço externo de Nefrologia e foi optado pela suspensão da imunossupressão em uso por suspeita de toxicidade medicamentosa. Na admissão exames laboratoriais evidenciaram citopenias (Hb 6,9 e plaquetas 13.000), disfunção hepática (bilirrubina direta 3,97, albumina 1,6 e RNI 1,82), disfunção aguda do enxerto (Cr 3,81 e U 128) por possível síndrome de lise tumoral (P 6,3 e AU 10); ferritina 9098, DHL 529, triglicerídeos 341 e fibrinogênio 296. Exames de imagem (tomografias) evidenciaram linfonodomegalia generalizada (cadeias axilares, paraesternal, supraclaviculares, cervicais, mediastinais, cadeias hilar hepática, mesentéricas, interaortocaval e paraórtica), hepatoesplenomegalia (índice esplênico de 2100) e aumento volumétrico uterino associado à espessamento endometrial. Diante dos achados, além de biópsia de linfonodo inguinal, foi realizado mielograma, que evidenciou múltiplas imagens de hemofagocitose, sendo diagnosticada Síndrome Hemofagocítica secundária à possível doença linfoproliferativa (HScore 261). A biópsia de medula foi inconclusiva. PCR sérico para EBV: 236.041 cópias. Ao longo da internação, foi isolado E. coli ESBL em urocultura e iniciada antibioticoterapia direcionada. Após melhora infecciosa, foi introduzida Prednisona 1 mg/kg e, posteriormente, administrada imunoglobulina endovenosa por 4 dias. A paciente persistiu com quadro de febre, piora progressiva da função hepática, manutenção de disfunção do enxerto, evoluindo a óbito em poucos dias. A imuno-histoquímica da biópsia linfonodal resultou negativa para EBV, CD20 e CD15; positiva para CD30 e PAX5, com Ki67 > 50%. Em conjunto com