

vários estudos prévios. No estudo atual apresentamos uma análise retrospectiva da série histórica de uma instituição privada comparando BEAM vs. LEAM como condicionamento para LH. **Objetivo:** O objetivo foi avaliar toxicidades hematológicas não hematológicas entre os dois condicionamentos citados. **Materiais e métodos:** Realizou-se uma análise retrospectiva de 28 pacientes submetidos ao TCTH autólogo no período de 2000 a 2024 numa instituição privada do DF. As variáveis epidemiológicas, clínicas do LH, viabilidade celular das células CD34+, tipo de condicionamento, tempo de enxertia foram analisados. A análise estatística uni e multivariada foi realizada pelo programa PRISM®. O teste de Mann-Whitney-Wilcoxon foi usado para comparar 2 grupos distribuídos não normalmente. O teste de Fisher foi usado para comparar categorias. **Resultados:** A mediana de idade foi 28,3 anos (variando de 18 a 55 anos); sendo 60,3% de pacientes sexo masculino e 39,7% do sexo feminino. Quanto ao estadiamento clínico Ann Arbor ao diagnóstico: II = 14,2% (n = 4), III = 50% (n = 14), IV = 36,8% (n = 10), Quanto ao tipo de Condicionamento: LEAM = 64,2% (n = 18) e BEAM = 36,8% (n = 10); quanto ao número de terapias prévias ao TCTH: 2 esquemas = 85,8% (n = 24) e 3 esquemas = 14,2% (n = 4), quanto ao esquema de resgate utilizado: ABVD = 100% (n = 28 pacientes), GDP = 64,2% (n = 18), IGEV = 7,14% (n = 2), DHAP = 21,42% (n = 6), ICE = 7,14% (n = 2); quanto a avaliação de resposta pré TCTH: DE = 10,8% (n = 3), RP = 39,2% (n = 11), RC = 50% (n = 14); quanto a terapia de manutenção pós TCTH: 64,2% (n = 18) (tal terapia só foi ofertada após 2019). Quanto ao tipo de mobilização: os pacientes do grupo BEAM (devido ao periodohistorico) foram mobilizados com ciclofosfamida + GCSF (n = 10) apresentando mediana de células CD34+ coletadas de $2,9 \times 10,6/\text{Kg}$ (variando de 1,64 a 9,9) com mediana de 2 coletas de aferese (variando de 1 a 4) e viabilidade celular de 95%. O grupo do LEAM foram mobilizados com protocolo de plerixafor + GCSF (n = 18) com mediana de células CD34+ de 9,2 (variando de 3,7 a 85,2) com mediana de coletas de aferese de 1,5 (variando 1 a 3) e viabilidade celular de 98%. Quanto análise em subgrupos do tipo de condicionamento com tempo de enxertia, grupo BEAM apresentou mediana de 16 dias (variando de 11 a 24 dias) e sobrevida em 100 dias de 100 % e LEAM com 11 dias (variando de 9 a 28 dias) com sobrevida em 100 dias de 95% (1 óbito por falha de enxertia) com $p = 0,001$. **Conclusão:** Neste estudo, apresentamos a análise comparativa retrospectiva de pacientes com LH R/R submetidos a ASCT com condicionamento BEAM/LEAM. Os dados apresentados analisam apenas o estado clínico e as variáveis celulares dos pacientes nos primeiros 100 dias após o transplante. Assim, estudos futuros devem ser realizados para comparar os três regimes de condicionamento além do dia +100 após o transplante.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.361>

SÍNDROME DE ATIVAÇÃO MACROFÁGICA EM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN E TUBERCULOSE DISSEMINADA

LAP Sales, PDS Perez, RCR Queiroz, VL Costa, GG Cunha, VM Souza, LCS Lima, RG Barreto, YV Pinheiro, OCCG Baiocchi

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

Objetivo: Relatar caso de paciente com Síndrome de Ativação Macrofágica (SAM) associada à Tuberculose (TB) disseminada e Linfoma de Hodgkin (LH). **Relato de Caso:** Paciente de 21 anos, previamente hígida, iniciou quadro de febre vespertina, perda ponderal espontânea de 10 kg, náuseas, vômitos e dor abdominal há um mês, sendo encaminhada para investigação em nosso serviço. À admissão, apresentava-se emagrecida e hipocorada, sem adenomegalias. Exames laboratoriais iniciais evidenciaram Hb 9,3 g/dL; HT 27,4%; VCM 78,1 fL; RDW 18,1; Leucócitos $3780/\mu\text{L}$ (Neutrófilos 2268, Bastões 718, Mielócitos 76, Linfócitos 529, Linfócitos Atípicos 113); Plaquetas $139.000/\mu\text{L}$; Reticulócitos $85362/\mu\text{L}$; LDH 735 U/L; Bilirrubinas Totais 0,51 (Direta 0,37 mg/dL; L). Tomografias iniciais demonstravam linfonodomegalias axilares, supraclavicular à esquerda, mediastinais, hilares e retroperitoneais, medindo até 14 mm, além de micronódulos pulmonares padrão árvore em brotamento. Cultura, baciloscopia e teste rápido molecular (TRM) para TB foram negativos no escarro. Optado por biópsia incisional de linfonodo supra clavicular à esquerda, com análise prejudicada por artefatos pré-analíticos. Na 1ª semana de internação, passou a apresentar piora discreta de citopenias, com Hb 8,0 g/dL; além de valores de ferritina de 12441,2 microg/L. Realizado mielograma, que demonstrou numerosas figuras de hemofagocitose. Nesse contexto, iniciado terapia com doses imunossupressoras de dexametasona e imunoglobulina humana devido SAM. Posteriormente, paciente evoluiu com quadro de dor abdominal e elevação de transaminases, com tomografia de abdome demonstrando numerosos micro abscessos, cujo material de punção demonstrou positividade no TRM-TB e anatomopatológico com granuloma caseoso. Foi instituído tratamento para TB disseminada com esquema RIPE, com posterior troca para esquema levofloxacino, etambutol e linezolida, devido hepatotoxicidade. Mesmo com tratamento, seguiu com piora de citopenias, apresentando valores mínimos de plaquetas de $10.000/\mu\text{L}$, com necessidade transfusional. Suspensa linezolida e realizado novo curso de terapia para SAM, dessa vez com pulsoterapia com metilprednisolona e imunoglobulina humana. Novo estudo medular demonstrou retardo maturativa leve nas três séries, e persistência de figuras de hemofagocitose; aspirado com traços positivos no TRM-TB na medula. Diante de evolução, optado por repetir biópsia de linfonodo na mesma topografia, com achados compatíveis com Linfoma de Hodgkin- proliferação linfóide atípica de células grandes, com fundo politípico e positividade para CD15; CD30; CD20 e PAX-5. Até liberação de imunohistoquímica, optado por início de quimioterapia com dose diária de ciclofosfamida 50 MG e Etoposídeo 50 mg por dois dias, considerando gravidade do caso. Paciente passou a evoluir com múltiplas complicações clínicas incluindo neutropenia febril com candidemia, choque séptico, e óbito. **Discussão:** Sabe-se que a SAM pode estar relacionado com doenças linfoproliferativas, incluindo LH, bem como com gatilhos infecciosos. No caso relatado, a TB pode ter sido um fator precipitante para SAM. A resposta imune Th1, necessária para o controle da TB, pode aumentar a hiper-reatividade de linfócitos T citotóxicos e precipitar SAM. **Conclusão:** Há associação entre Linfoma de

Hodgkin, Tuberculose e Síndrome Hemofagocítica em um mesmo paciente é um evento raro, mas que pode ser justificado pela desregulação imune associada com as três patologias.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.362>

SÍNDROME DE SWEET: UMA DOENÇA RARA EM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN – RELATO DE CASO

PF Machado, ABGF Mattos, CJF Comparini,
NS Queiroz, MS Moreira

Santa Casa de Franca, Franca, SP, Brasil

Objetivos: O objetivo é relatar um caso de Síndrome de Sweet na Santa Casa de Franca, em paciente internada para tratamento de neutropenia febril secundária ao tratamento quimioterápico de linfoma de Hodgkin recidivante. **Materiais e métodos:** Informações foram obtidas por revisão de prontuário, anamnese, registro fotográfico das lesões e revisão da literatura. **Relato:** SB, 40 anos, Linfoma de Hodgkin estágio IV, término de tratamento e resposta completa - 1 ano após, buscou atendimento por adenomegalia cervical, sudorese noturna e perda ponderal. Biópsia de linfonodo: Linfoma de Hodgkin Clássico Recidivado. Programados novos ciclos de quimioterapia com ifosfamida, carboplatina e etoposídeo (ICE). Após 5 dias do ciclo 1, febre diária e hospitalizada para a realização do ciclo 2, porém suspenso após suspeita de neutropenia febril: Hb 10, leucócitos 1000, plaquetas 84.000, além de Proteína C Reativa positiva - prescrito cefepime e filgrastim. Em seguida, apresentou lesões dolorosas e eritematosas em membros superiores, região cervical e tronco, além de vesículas em membros inferiores, pápulas em face e úlcera em lábio inferior. Algumas evoluíram com aspecto vesicular e bolhoso. Levantadas hipóteses de Síndrome de Sweet, infecção estafilocócica secundária e herpes zóster disseminado, então suspenso filgrastim e cefepime, prescrito vancomicina e aciclovir. Após 48 horas, iniciado prednisona 60 mg/dia e realizada biópsia de pele. Apresentou melhora das lesões após corticoide sem mais febre. Recebeu alta com uso de prednisona e no ambulatório checada biópsia: no membro inferior fragmentos com epiderme íntegra, focos de degeneração vacuolar da camada basal e exocitose neutrofílica, derme com edema associado a denso infiltrado inflamatório composto por neutrófilos com abundante leucocitoclase, sem sinais de vasculite - dermatose neutrofílica. Realizado desmame de corticoide, com piora de algumas lesões dos membros superiores e tronco de forma menos intensa - por isso, mantidos ciclos de quimioterapia e prednisona 5 mg/dia. **Discussão:** Síndrome de Sweet (SS) é rara, o diagnóstico foi estabelecido por 2 critérios maiores (início abrupto de placas/nódulos eritematosos dolorosos; exsudato neutrofílico denso na biópsia) e 4 menores (febre acima de 38° C, proteína C reativa positiva, associação com neoplasia e excelente resposta ao tratamento com corticoides), e foi confirmado com biópsia das lesões. Foi classificado como “associada a malignidade”, por diagnóstico prévio de Linfoma de Hodgkin. A região das lesões concorda com estudos, sendo

membros superiores os locais mais acometidos. A dermatose neutrofílica pode apresentar-se como bolhosa, sobretudo quando associada à malignidade. No caso, descritas lesões semelhantes com acometimento de mucosa. O tratamento é corticoide, podendo haver recorrência e necessidade de tratamento de segunda linha. O caso mostra necessidade de tratamento da doença de base, além da suspensão de medicações como filgrastim e antibióticos utilizados previamente. **Conclusão:** Apesar de incomum, se diagnóstico e tratamento adequados, a evolução pode ser favorável. Importante realizar hipótese diagnóstica e biópsia da lesão. É essencial a classificação para tratamento direcionado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.363>

LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO DA VARIANTE ESCLEROSE NODULAR DE LOCALIZAÇÃO MEDIASTINAL

LJ Melo^a, CR Goulart^a, CHR Goulart^a,
PC Gontijo^{a,b}

^a Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCM-MG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Cetus Oncologia, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia hematopoiética que acomete majoritariamente os linfócitos B, caracterizado por células malignas de Reed-Sternberg que se espalham constituindo o microambiente tumoral. A incidência de LH é mais comum em adultos jovens e adolescentes, apresentando um bom prognóstico. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente portador de linfoma de Hodgkin com ênfase na apresentação clínica, abordagem e terapêutica indicada. **Método:** As informações foram obtidas através de revisão do prontuário médico e da literatura sobre o tema. **Resultados:** Paciente 33 anos, sexo masculino, admitido no pronto socorro, em agosto de 2020, com quadro de dispneia aos esforços, ortopneia, rouquidão e edema em tórax superior e membros inferiores. Ao exame clínico, apresentou linfonodos palpáveis em regiões cervical, supraclavicular e axilar. As tomografias computadorizadas de região cervical, tórax e abdômen confirmaram múltiplas linfadenomegalias cervicais, supraclaviculares, paratraqueais, mediastinais, retroperitoneais e na fossa ilíaca direita, além de moderado derrame pleural à direita e derrame pericárdico. O Ecodopplercardiograma transtorácico apresentou alterações compatíveis com hipertensão pulmonar significativa e derrame pericárdico moderado, sem sinais de tamponamento cardíaco. A Biópsia excisional revelou linfonodo supraclavicular com arquitetura geral desorganizada pela proliferação de células Hodgkin-símile e o exame imunohistoquímico foi compatível com linfoma de Hodgkin clássico da variante esclerose nodular. Após estabilização clínica e hemodinâmica, o paciente recebeu alta hospitalar, deu-se início à corticoterapia e o paciente foi encaminhado para tratamento oncológico e quimioterápico. **Conclusão:** As tomografias computadorizadas por emissão de pósitrons (PET-CT) revelaram evolução satisfatória do linfoma, com resposta metabólica completa sustentada e o paciente foi submetido a transplante de medula óssea