

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

autóloga em janeiro de 2022, mantendo boa evolução clínica. Destaca-se a importância do diagnóstico precoce e do tratamento adequado para o controle da doença e para a garantia da qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.364>

DOENÇA DE ROSAI DORFMAN EM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN TRATADO: UM RELATO DE CASO

MB Spadoni, C Cralcev, L Kandratavicius,
VA Rocha, PVR Barbosa, JPCM Gomes, AV Jesus,
GBGM Pereira, TV Pereira, BKL Duarte

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Descrever caso de paciente com diagnóstico de Doença de Rosai Dorfman (DRD) com antecedente de Linfoma de Hodgkin (LH) em resposta completa, com objetivo de reforçar esta entidade como diagnóstico diferencial de linfonodomegalia durante o seguimento clínico de pacientes com antecedente de neoplasia linfoproliferativa tratada, enfatizando a importância do estudo anatomopatológico. **Materiais e métodos:** Trata-se de um relato de caso, composto de dados clínicos vindos da revisão de prontuário somada a revisão da literatura. **Resultados:** paciente do sexo feminino, 30 anos de idade, com diagnóstico há 08 anos de linfoma de Hodgkin subtipo esclerose nodular, estadió de Ann Harbor IIB. O LH havia sido tratado com 06 ciclos de quimioterapia com esquema ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina) e radioterapia de campo envolvido de consolidação (21 sessões - 4 Gy) em região cervical e mediastino, apresentando resposta completa evidenciada por PET-CT. Após 07 anos do término do tratamento, apresentou linfonodomegalia inguinal, bilateralmente, o maior medindo aproximadamente 03 centímetros em seu maior eixo. A paciente não relatava sintomas B. Realizada biópsia excisional de linfonodo inguinal, com resultado de anatomopatológico evidenciando linfonodo com arquitetura extensamente alterada às custas de intensa histiocitose, com emperipolese e presença focal de células atípicas. O estudo imunohistoquímico demonstrou CD20 e PAX5 positivos nos folículos linfóides hiperplásicos, CD3 positivo em pequenos linfócitos, LMP1 e CD1a negativos, CD68 e S100 positivos em numerosos histiócitos, CD30 negativo, CD15 positivo em células mononucleadas sugestivas de linhagem histiocitária; negativo nas grandes células de interesse, IGG positivo em numerosos plasmócitos e IGG4 positivo em raros plasmócitos. Assim, concluiu-se tratar de um quadro de histiocitose sinusal maciça (DRD), com ausência de critérios para o diagnóstico de LH. Paciente permaneceu em seguimento clínico no ambulatório, em tratamento expectante, sem evidência de recaída do linfoma, e sem progressão de linfonodomegalias. **Discussão:** A DRD foi descrita como histiocitose sinusal com linfonodomegalias de grande monta pelos autores de mesmo nome em 1969. Entretanto, sua etiopatogenia continua pouco compreendida. A subclassificação da doença baseia-se na apresentação clínica, dividindo-a em doença cutânea,

familiar ou esporádica (que por sua vez classifica-se em doença nodal, extranodal, relacionada à neoplasia ou a doença autoimune). Na literatura, encontram-se casos de DRD coexistentes com as mais diversas neoplasias sólidas e hematológicas. Em associação a LH, poucos casos foram relatados, alguns de diagnóstico concomitante ao aparecimento da doença linfoproliferativa (em ocasiões no mesmo linfonodo analisado para o diagnóstico) e outros vários anos após o término do tratamento do linfoma, similarmente ao aqui relatado. A DRD esporádica é de bom prognóstico e frequentemente auto-limitada, podendo ser indicada observação ativa, conforme optado neste caso, guardando excisão cirúrgica ou tratamentos sistêmicos para casos em que a linfonodomegalia ou lesões extranodais incorrem em sintomas. **Conclusão:** Embora infrequente, a DRD deve ser lembrada dentre os diagnósticos diferenciais de linfonodomegalia mesmo em pacientes com doença neoplasia atual ou anterior, o que corrobora a importância da avaliação anatomopatológica no seguimento de pacientes com doença linfoproliferativa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.365>

TRANSFORMAÇÃO DE LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO PARA LINFOMA DE ALTO GRAU - RELATO DE CASO

LWC Branco, MM Paulo, MRL Perugini,
DFC Neto, JR Moraes, TCO Giguek, JPS Siqueira,
D Azuma, M Higashi, ER Mattos

Hospital Amaral Carvalho (HAC), Jaú, SP, Brasil

Introdução: A transformação do Linfoma de Hodgkin (LH) é um evento incomum, cujo prognóstico é variável, principalmente quando para linfomas de alto grau. Sua fisiopatologia é incerta. A incidência é maior em Linfoma de Hodgkin Predominância Linfocitária Nodular, mas ocorre em até 1% dos Linfomas de Hodgkin Clássico. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com LHCEN quimiorrefratário com transformação para LDGCB. **Material e métodos:** Revisão de prontuário eletrônico, relato e discussão de caso clínico a partir de revisão de literatura, utilizando base de dados PUBMED, MEDLINE, BVS, SCIELO. **Relato de caso:** Paciente C.S.S, feminina, 24 anos, previamente hígida, apresentou nódulo supraclavicular à direita associado à dor local, prurido generalizado e manchas hipocrômicas com 5 meses de evolução. Em biópsia excisional do linfonodo, o anatomopatológico foi sugestivo de infiltração linfoproliferativa de grandes células, confirmada em imunofenotipagem por imunohistoquímica (IHQ) na presença de marcadores CD15 e CD30, com negatividade para CD20, CD3, CD43, CD45 RO, CD79a, LMP e ALK, interpretado como LHC esclerose nodular. Foi realizado estadiamento por PET-CT, com acometimento de múltiplas cadeias linfonodais e maior captação em massa mediastinal (80 × 50 mm, SUVm 9.4), definindo estadió clínico IIIA (Ann Arbor / Lugano) e International Prognostic Score de 0. A paciente recebeu em 1ª linha quimioterapia protocolo ABVD e, após 2 ciclos, sem intercorrências graves, apresentou Deauville 1 em PET-CT. Após o 4º ciclo, a mesma evoluiu com dor abdominal e lesão expansiva retouterina sólido-cística com captação anexial em PET-CT de