

Esses vírus podem alterar o microambiente imunológico e promover proliferação celular descontrolada, possivelmente causando imunossupressão crônica. A relação entre HTLV-1 e HTLV-2 na patogênese do linfoma de Hodgkin requer mais investigação para entender como esses vírus afetam a imunidade linfática e a progressão das desordens linfoproliferativas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.371>

SÍNDROME DE RICHTER COM VARIANTE DE LINFOMA DE HODGKIN CELULARIDADE MISTA: UM RELATO DE CASO

VL Abreu^a, CP Batista^a, LB Saavedra^b,
GJ Almeida^a, JVFA Cordeiro^a, LM Salla^a,
ICR Diogo^a, E Bruno-Riscarolli^b, KG Frigotto^a,
VRGA Valviesse^a

^a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A Síndrome de Richter (SR) caracteriza-se pela transformação histológica da leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC) para uma forma mais agressiva de doença. Embora classicamente associada à transformação em linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, a SR também pode evoluir para linfoma de Hodgkin, leucemia prolinfocítica, mieloma múltiplo ou leucemia linfoblástica aguda. A SR é relativamente rara, ocorrendo em 2 a 6% dos casos de LLC. A variante da SR que evolui para linfoma de Hodgkin (SRvLH) é ainda mais rara, representando apenas 5% dos casos de SR. Devido a sua raridade, há uma carência de informações detalhadas sobre sua fisiopatologia, comportamento clínico, tratamento e prognóstico. Este relato de caso tem como objetivo registrar o curso clínico, alterações nos exames complementares, tratamento e desfecho de um caso de SRvLH. **Apresentação do caso:** Paciente masculino, 61 anos, com diagnóstico de LLC estágio RAI II há 4 anos, sem indicação prévia de tratamento quimioterápico. O paciente estava em observação clínica, quando apresentou sintomas B (febre, perda de peso e sudorese noturna), além de nódulo cervical progressivo à esquerda, nódulos inguinais bilaterais e dor abdominal. Uma biópsia do nódulo cervical revelou linfoma de Hodgkin clássico de celularidade mista. Subsequentemente, surgiram nódulos nos antebraços bilateralmente. Foi iniciado tratamento quimioterápico (QT) com Adriblastina, Bleomicina, Vincristina e Dacarbazina (ABVD). Durante o terceiro ciclo de QT, o paciente desenvolveu lesões dermatológicas em membros superiores e inferiores, com prurido intenso e sangramento, levando a suspensão da Bleomicina pela suspeita de toxicidade dermatológica. Os exames laboratoriais mostraram leucocitose significativa ($308.100/\text{mm}^3$) com 76% de segmentados. A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve revelou linfonodomegalias periportais junto ao tronco celíaco, retroperitoneais, pélvicas e inguinais bilaterais. Após a QT, houve melhora dos sintomas (regressão dos linfonodos e alívio do cansaço), porém anemia e

linfocitose persistiram. A tomografia por emissão de pósitrons (PET-TC) mostrou hipermetabolismo glicolítico em diversas linfonodomegalias e baço (Deauville 4), sugerindo atividade residual da doença linfoproliferativa. A TC cervical apresentou diversas linfonodomegalias esparsas. O paciente continua em acompanhamento, investigando a progressão da doença e a possibilidade de transplante de medula óssea. **Conclusão:** A Síndrome de Richter é uma entidade rara, principalmente quando a transformação acontece para Linfoma de Hodgkin de Celularidade Mista, cujas características clínicas e citogenéticas ainda não estão totalmente estabelecidas. A pesquisa de melhores tratamentos é necessária, considerando a possível toxicidade associada a QT de primeira linha. Este relato destaca a importância de documentar tais casos para contribuir com a literatura médica e aprimorar a abordagem diagnóstica e o tratamento dessa condição complexa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.372>

PANUVEÍTE BILATERAL RELACIONADA A LINFOMA DE HODGKIN: RELATO DE CASO

AL Emrich, FP Giacomel, ACSRS Almeida

Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON), Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia do sistema linfático que raramente cursa com sintomas oculares. Neste relato, apresentamos um caso raro de panuveíte bilateral relacionada ao Linfoma de Hodgkin, destacando a complexidade diagnóstica e a importância do tratamento adequado. **Descrição do caso:** Paciente masculino de 30 anos, previamente hígido, apresentou perda de ponderal e adenomegalias difusas, com piora progressiva em dois meses. A biópsia do linfonodo cervical revelou linfoma de Hodgkin, variante esclerose nodular (ALK-, MUM1+, CD15+, CD30+, CD3+), com sorologia positiva para Epstein-Barr. Exames de imagem mostraram linfonodomegalias mediastinais, hilares, axilares, retroperitoneais e inguinais, além de lesão osteolítica mal delimitada no manúbrio esternal, configurando estadiamento IV B. O tratamento com protocolo ABVD foi iniciado sem intercorrências durante o primeiro ciclo. Antes do início do segundo ciclo de quimioterapia, o paciente apresentou hiperemia conjuntival súbita, borramento visual e diminuição da acuidade visual bilateral. Permaneceu internado com equipe de oftalmologia para investigação etiológica de panuveíte. Realizada tomografia de crânio e ressonância magnética de crânio, sem alterações. Sorologias para HIV, VDRL, HTLV, toxoplasmose, citomegalovírus e teste tuberculínico resultaram negativas. O exame de líquido, incluindo imunofenotipagem e pesquisa de herpes-vírus e BAAR, também foi negativo. Paciente foi encaminhado para avaliação reumatológica, que descartou lúpus, doença de Behçet e outras patologias reumatológicas. Assim, diagnosticou-se panuveíte bilateral associada ao linfoma de Hodgkin, por exclusão. O tratamento incluiu colírio de prednisolona tópica (1 gota a cada 6 horas), prednisona (40 mg por 30 dias) e continuação da quimioterapia com protocolo ABVD. Após quatro ciclos de tratamento, houve remissão total dos sintomas. **Discussão:** a uveíte é a