

cadeia ilíaca externa esquerda. Discreta hepatomegalia, esplenomegalia e espessamento parietal irregular de ceco e íleo distal, com densificação dos planos adiposos adjacentes e linfonodomegalias de permeio. Realizou broncoscopia com lesão vegetativa, de coloração branco-amarelada, sugestivo de granuloma, em mucosa da parede posterior da nasofaringe, traqueobronquite crônica. A biópsia de nasofaringe evidenciou granulomas supurativos e o teste rápido molecular para tuberculose foi positivo, em material de lavado broncoalveolar. Lesão de cólon e úlcera de reto biopsiadas por colonoscopia, anatomopatológico revelou lesões ulceradas em atividade com reação granulomatosa, além de colite crônica ativa leve, foram identificados vários bacilos álcool-ácido resistentes pela coloração de Ziehl-Neelsen, compatível com *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciou tratamento para tuberculose disseminada conforme esquema padrão com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Sorologias iniciais diagnosticaram HIV, com carga viral de 45 mil cópias/mL e CD4 123, sendo introduzido também terapia antirretroviral. Apesar de 2 meses de tratamento para tuberculose, linfonodomegalias persistiram em exames de imagem, e em exames laboratoriais bicitopenia apresentada em admissão, evoluiu para pancitopenia. Realizado mielograma com 20% de linfócitos e biópsia de medula óssea que evidenciou arquitetura alterada às custas de aglomerados celulares atípicos, com células linfoides e elementos celulares grandes, por vezes binucleados, perfil imunohistoquímico com expressão de CD15 e CD30, condizente com infiltração medular por Linfoma de Hodgkin forma clássica. Assim, foi iniciado esquema quimioterápico com Doxorubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina (ABVD). Atualmente, encontra-se em segundo ciclo de ABVD, segue tratamento para HIV com redução da carga viral para 184 cópias/mL, além de tratamento para tuberculose com esquema de manutenção com Rifampicina e Isoniazida (RI). **Discussão/ Conclusão:** Trata-se de um caso de paciente com diagnóstico de LHc, International Prognostic Score (IPS) 5 ao diagnóstico, e coinfeção por HIV e tuberculose. Existem algumas diferenças biológicas nestes pacientes, sendo sugerido maior agressividade e maior presença de sintomas b nos casos positivos para o vírus, com envolvimento de sítios extranodais (medula óssea, trato gastrointestinal). Alguns fatores de pior prognóstico são idade avançada, sexo masculino, raça não caucasiana, status econômico deficiente e subtipo histológico não definido. Os desafios associados ao tratamento do linfoma relacionado ao HIV derivam da infecção subjacente pelo HIV e efeitos imunossupressores.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.375>

CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA, DO LINFOMA DE HODGKIN NO BRASIL: INCIDÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

GG Paula ^a, DRR Firmino ^b, LFT Ribeiro ^b, MSSM Akl ^b, NCD Ribeiro ^b, ALAG Franco ^b, HSB Pinto ^b, IMT Paula ^c, LMT Paula ^d, AV Pavan ^d

^a Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Barueri, SP, Brasil

^b Universidade Paulista (UNIP), Santana de Parnaíba, SP, Brasil

^c Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC), Campinas, SP, Brasil

^d Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Linfoma de Hodgkin (LH), também denominado de Doença de Hodgkin, é subdividido em 2 categorias, baseadas na morfologia e no imunofenótipo: I - LH Clássico (LHc) compreende 90% dos LH e seus subtipos: Esclerose Nodular; Celularidade Mista; Rico em Linfócitos; Depleção Linfocitária e um segundo subtipo denominado de II - Predominância linfocítica Nodular que corresponde apenas < 05% dos LH com características morfológica e imunofenotípicas distintas do LHc. **Objetivos:** Este trabalho tem por objetivo analisar o comportamento epidemiológico quanto às características do LH no Brasil, assim como a respectiva distribuição geográfica. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo com base nos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) quanto à incidência e à distribuição geográfica do LH no âmbito nacional. **Resultados:** Quanto aos aspectos analisados, o LH representa 0,5% dos tipos de câncer em geral e 14% de todos os linfomas. De acordo com KENNEDY B J (1998), a incidência do LH nos Estados Unidos da América responde por 0,7% de todos os novos casos de câncer, representando 7.400 novos casos por ano com uma taxa de mortalidade de 0,4 casos/100.000/ano na União Europeia. Conforme IARC 2013, a taxa anual de mortalidade padronizada por 100.000 casos de LH no mundo chegou a ser de 30.000,00, o que parece não ter se modificado até então. Ademais, o LH ocorre em qualquer faixa etária, entretanto, apresenta um predomínio na faixa etária jovem entre 15-35 anos, e cursa com uma curva de incidência bimodal nos países desenvolvidos, com o 1º pico aos 25 e o 2º aos 60 anos. O LH também apresenta discreta predileção pelo sexo masculino. No Brasil, segundo os dados do INCA, o LH ocupa o 20º lugar entre os tipos de cânceres mais comuns com risco estimado de uma taxa bruta de 1,40 novos casos/100 mil homens e 1,41/100 mil mulheres e para cada ano do triênio 2023 a 2025 estima-se um total 3.080 casos novos, 1.500 casos em homens e 1.580 em mulheres. **Discussão:** Ao se comparar os dados do INCA com os resultados observados na literatura, percebe-se que a maioria dos casos no Brasil são diagnosticados com doença avançada e 75% em estágio clínico EC: II bulky, III or IV, além disso, sabe-se que 20% apresentam comprometimento da medula óssea. Dentre o subtipo histológico mais comum, a esclerose nodular representa 60% dos casos, com uma alta concentração entre as idades de 20-30 anos e tempo entre os primeiros sinais e sintomas de aproximadamente sete meses. Quanto ao tratamento, 65% dos pacientes entram em remissão completa, 15% em remissão parcial e em média de 20% em progressão de doença utilizando regimes padrão de tratamento quimioterápico como o BEACOPP non-escalated ou ABVD. **Conclusão:** Com base nos dados do INCA e nos dados internacionais, os resultados refletem que a maioria dos casos, no Brasil, tem o seu diagnóstico em estágios avançados, isso altera não apenas o prognóstico da doença, como também impacta na

intensificação de tratamentos, assim como na possível recidiva/refratariedade da doença. Os dados apresentados acima evidenciam que a sobrevida global do grupo de pacientes, no Brasil, perfazem um percentual de 70% com uma sobrevida livre de eventos de 55% em uma mediana de dois anos, sendo frequentemente necessário a terapia de salvamento, sublinhando a importância de diagnósticos precoces e tratamentos mais eficazes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.376>

LINFOMA NÃO-HODGKIN

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM: UM RELATO DE CASO

RA Leite^a, PH Grossi^a, THL Todero^a, LC Finn^a,
NT Pressi^a, LC Montemezzo^b, MA Leite^c,
MA Leite^d, GM Hoffmann^a

^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

^b Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil

^c Hemovita, Caxias do Sul, RS, Brasil

^d Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil

Macroglubulinemia se refere a uma produção excessiva de proteínas monoclonais IgM que pode ocorrer em certas condições hematológicas, como discrasias e desordens linfoproliferativas clonais. Todavia, a macroglubulinemia de Waldenström (MW) difere por apresentar infiltração linfoplasmocítica na medula óssea, além da gamopatia no sangue, possibilitando o surgimento de sintomas relacionados a uma infiltração dos tecidos hematopoieticos. Paciente de 50 anos, sexo feminino, ex-tabagista, vem ao ambulatório de hematologia para investigar anemia normocítica-normocrômica apresentando como sintoma apenas astenia. Na consulta seguinte, traz consigo os exames, evidenciando uma Hb de 11,2 g/dL e um VSG de 70 mm³. Foi então solicitada uma biópsia de medula óssea, que demonstrou uma discreta hiperplasia de medula óssea, que demonstrou uma discreta hiperplasia de plasmocitose leve (> 10%), sendo indicativo de Mieloma Múltiplo (MM). A imunofenotipagem evidenciou que os plasmócitos apresentavam positividade para cadeias leves de imunoglobulinas Kappa e Lambda, compatível com Linfoma Linfoplasmocítico, afastando o diagnóstico de MM. Nas consultas subsequentes, a paciente continuou apresentando VSG e níveis de IgM sérica elevados. Considerando os resultados da biópsia de medula óssea e os resultados laboratoriais, confirmou-se o diagnóstico de MW. Mediante queda dos níveis de hemoglobina, acompanhados de aumento progressivo da IgM sérica, a paciente realizou exames de imagem que evidenciaram aumento de linfonodos cervicais anteriores. Paciente foi encaminhada para tratamento onco-hematológico com protocolo CVP, por seis ciclos. Evoluiu satisfatoriamente com remissão das linfonodomegalias e controle da anemia por cerca de dois anos, quando então passou a apresentar sinais de recaída clínico-laboratorial. Dessa forma, retomou o

tratamento onco-hematológico com protocolo CHOP, por seis ciclos. Encontra-se no momento estável logo após o término do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.377>

CARDIOPATIA PÓS-QUIMIOTERAPIA PARA LINFOMA GÁSTRICO TIPO MUCOSA ASSOCIATED LYMPHOID TISSUE: RELATO DE CASO

IM Vicópulos^a, BD Queiroz^b, AC Rosa^c,
LN Guedes^a, PC Gontijo^a

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

^b Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, ES, Brasil

^c Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brasil

Introdução: O linfoma tipo Mucosa Associated Lymphoid Tissue (MALT) é uma neoplasia primária do tipo não-Hodgkin derivada do tecido linfóide presente na mucosa e não relacionado aos linfonodos. Cerca de 50% dos casos desse tipo de neoplasia ocorrem no estômago, tendo como características clinicopatológicas se relacionarem ao surgimento do tecido linfóide associado à mucosa gástrica em resposta a estímulos antigênicos e a agressões ao epitélio do órgão, ambos comuns na infecção pela bactéria *Helicobacter pylori*. O protocolo R-CHOP é um regime de quimioterapia amplamente utilizado para tratar certos tipos de linfoma não-Hodgkin. Há poucas contraindicações do uso deste esquema terapêutico pelo baixo risco cardiotoxico em pacientes sem restrição à esses medicamentos, principalmente quando jovens e sem cardiopatia prévia. **Objetivo:** Relatar um caso de bloqueio de ramo direito persistente provocado após esquema R-CHOP em paciente de 38 anos previamente hígida, em tratamento de linfoma não Hodgkin tipo MALT. **Método:** A pesquisa foi realizada com base em dados fornecidos pela participante da pesquisa, bem como revisões em prontuários fornecidos pela Instituição envolvida. O tempo necessário foi durante a internação até a alta, tendo sido realizado contato com a participante e/ou seus familiares quando necessário. **Relato de Caso:** Mulher, 38 anos, com diagnóstico de gastrite por *H. Pylori*, queixou-se de dor epigástrica de repetição associada a perda ponderal e fadiga há 4 anos. Foi submetida a endoscopia que revelou lesão com suspeita de neoplasia em antro gástrico. A biópsia da área afetada associada a imunohistoquímica, foi diagnosticado linfoma não-Hodgkin do tipo MALT. Iniciou-se tratamento quimioterápico com o protocolo RCHOP, durante o qual a paciente relatou piora da fadiga, sendo observada frequência cardíaca e pressão arterial reduzidas. Foi submetida a eletrocardiograma após a quimioterapia, sendo diagnosticado bloqueio de ramo direito grau 1 persistente. Posteriormente, foi efetuado ecodopplercardiograma transtorácico com resultados normais. Paciente atualmente hígida, em manejo do quadro neoplásico anterior. **Discussão:** A literatura documenta presença de risco de lesão cardíaca pelo uso da doxorrubicina, droga de ação dose dependente. As 2 principais lesões decorrentes deste esquema