

(n = 10) do masculino, enquanto 58,93% (n = 66) dos pacientes internados por DH foram do sexo masculino e 41,07% (n = 46) do feminino. A faixa etária com maior número de internações na DH foi de 20-29 anos (35%), enquanto que nas internações por LNH foi de 50-59 anos (30,35%). Durante o período estudado a taxa média de mortalidade nas internações por DH foi de 2,5%, enquanto por LNH foi de 12,5%. **Discussão:** Linfomas podem ser classificados em dois grupos principais: Doença de Hodgkin (DH) e Linfoma não Hodgkin (LNH). Em relação ao perfil epidemiológico, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a DH é mais comum em homens e as faixas etárias mais acometidas são: 15 a 29 anos, 30 a 39 anos e 75 anos ou mais. No presente estudo, a faixa etária com maior percentual de internações por DH foi a de 20-29 anos, correspondendo ao primeiro pico da doença. Já o LNH possui distribuição etária variada sendo mais comum em faixas etárias mais elevadas. Dados do INCA evidenciam que o número de casos de LNH duplicou nos últimos 25 anos, principalmente entre pessoas com mais de 60 anos. Foi observado um maior acometimento entre 50 a 59 anos, de acordo com o panorama atual da doença. Em relação ao Estado do RJ, local onde está situado o HUGG, a estimativa de incidência do LNH em 2020, segundo o INCA, é de 6,3 casos a cada cem mil homens e 4,0 casos a cada cem mil mulheres. Já a estimativa da DH é de 1,65 casos a cada cem mil homens e 0,75 casos a cada cem mil mulheres. Tais dados vão de acordo com o maior número de internações por LNH em comparação à DH. Contudo, vale ressaltar que este achado pode ser fruto de uma apresentação por vezes mais agressiva no LNH, além dos protocolos de tratamento quimioterápico para a doença em questão, que incluem internações programadas. Em ambos os tipos de linfoma a incidência é maior no sexo masculino, porém, neste estudo, foi encontrado maior percentual de internações por DH em mulheres. **Conclusão:** Evidenciou-se um perfil epidemiológico distinto de internações entre pacientes internados com DH e com LNH. Observou-se um maior número de pacientes internados e uma maior taxa de mortalidade por LNH se comparado à DH. Devido ao número crescente de casos, estudos descritivos avaliando o perfil de internação dos pacientes com LNH e DH são de extrema relevância para melhor entendimento do perfil epidemiológico, auxiliando assim o diagnóstico, tratamento e seguimento dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.400>

399

PNEUMONIA PÓS-OBSTRUTIVA POR ACOMETIMENTO TRAQUEOBRÔNQUICO SECUNDÁRIO AO LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO

M.B.V. Lima^a, J.P.C. Serra^b, L.T. Silva^a, I.C.V. Barbosa^a, V.H.G. Souza^a, A.P. Silva^a

^a Serviço de Hematologista da Clínica, Assistência Multidisciplinar em Oncologia (AMO), Salvador, BA, Brasil

^b Serviço de Pneumologia da Clínica, Assistência Multidisciplinar em Oncologia (AMO), Salvador, BA, Brasil



Introdução: O Linfoma de Células do Manto (LCM), frequentemente, pode apresentar-se ao diagnóstico acometendo sítios extranodais, porém o envolvimento traqueobrônquico secundário é pouco relatado. **Caso clínico:** Paciente masculino, 86 anos, em investigação há 1 ano de lesão infiltrativa peri-orbital bilateral, evidenciada por ressonância magnética de órbitas e com pneumonia bacteriana, segundo episódio em 6 meses, requerendo internação hospitalar. Relatava perda ponderal de 10 kg no período, obstipação e episódios de hematoquezia. Ao exame físico, edema infiltrativo periorbital bilateral e linfonodos palpáveis em região cervical e submandibular. Tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou lesões polipoides no lúmen da traqueia, brônquios principais e alguns brônquios lobares e segmentares bilaterais, associado à pneumonia pós-obstrutiva; além de linfonodomegalias mediastinais, supraclaviculares, cervicais, axilares e diafragmáticas. TC de abdome mostrou massa bulky em ceco. Biópsia excisional de linfonodo axilar revelou completa substituição do tecido linfóide por células neoplásicas de núcleo pequeno e arredondado positivas para CD20, CD5, Cíclica D1, Bcl-2 e Ki67 20% compatível com Linfoma de Células do Manto. O mesmo padrão anatomopatológico e imuno-histoquímico foi visto nas lesões traqueais biopsiadas por broncoscopia. **Discussão:** O LCM corresponde a 7% dos Linfomas não Hodgkin de células B maduras e cerca de 25% dos pacientes apresentam-se com doença extranodal ao diagnóstico. Os sítios mais acometidos são: o trato gastrointestinal, órbita, mama e tórax. O envolvimento traqueobrônquico secundário ao LCM é uma manifestação intratorácica rara e geralmente ocorre em doença disseminada. O aspecto e a localização das lesões do trato respiratório, a presença de calcificações, a associação com alterações do parênquima pulmonar e a correlação com a clínica, direcionam para o diagnóstico diferencial. Dentre esses, destacam-se neoplasias traqueais primárias, tuberculose, amiloidose e traqueobroncopatia osteocondroplástica. Estudo avaliando sítios extranodais de acometimento do LCM com base em TC, revelou envolvimento pulmonar em 7% dos casos ao diagnóstico, sem envolvimento endobrônquico. É possível que o envolvimento endobrônquico no LCM seja subdiagnosticado, uma vez que a broncoscopia não é realizada rotineiramente, exceto em casos de achados anormais na TC de tórax. O acometimento traqueobrônquico por linfoma pode ser uma causa de pneumonia pós-obstrutiva de repetição, cujo manejo deve contemplar o tratamento da condição oncológica de base. No caso relatado, o paciente vem sendo submetido a tratamento quimioterápico com esquema R-COP, associado à profilaxia de sistema nervoso central com MADIT. Até o momento, cursa com boa tolerância quimioterápica, sem novos episódios de infecção respiratória ou internação hospitalar. **Conclusão:** A pneumonia pós-obstrutiva pode ser a manifestação inicial do LCM, com envolvimento endobrônquico secundário. Esse relato de caso, reforça a necessidade de aumentar a suspeição clínica dessa rara condição, principalmente em pacientes com diagnóstico de LCM, apresentando-se com infecção respiratória de repetição.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.401>