

recidivas, o que foi observado no estudo. As recidivas ocorrem em cerca de 10% dos pacientes, no entanto, as taxas observadas foram de cerca de 35%. Isso provavelmente decorreu da falta de Bleomicina no tratamento de boa parte dos pacientes. Os resgates e os TACTH foram bem sucedidos, o que é esperado conforme literatura. Os pacientes com LNH apresentavam diferentes histologias. A maioria Difuso de grandes células B, Folicular, Mediastinal e de Células do Manto. As taxas de recidivas foram as esperadas, mas poucos pacientes foram submetidos a TACTH. Isso em decorrência de quadros com progressão e falhas de resposta aos esquemas de resgate. Os 2 pacientes transplantados estão vivos e um deles em remissão. **Conclusão:** Observamos que nossa população de Linfomas de Hodgkin é mais jovem, composta principalmente por homens e com taxas de recidivas altas em relação à literatura. Um alto percentual de Transplantes de Células-Tronco Hematopoiéticas realizados mas com resultados excelentes. Já no que diz respeito ao Linfoma não Hodgkin observamos que a nossa população é mais numerosa e idosa. Constituída principalmente por homens, com taxas de recidivas dentro do esperado pela literatura e baixo número de transplantes de células tronco hematopoiéticas realizados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.090>

CASO ATÍPICO DE LINFOMA DE HODGKIN NODULAR COM PREDOMÍNIO LINFOCITÁRIO CD20-

PCC Bariani, PL Filgueiras, RMS Soares, RS Melo, ACON Luz, FA Silva, LB Lanza, LV Cota, LC Palma

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: O Linfoma Hodgkin Nodular com Predomínio Linfocitário (LHNPL) é o subtipo mais raro dentre todos os Linfomas de Hodgkin (LH) e corresponde a até 10% dessas neoplasias com incidência anual de 0,1 a 0,2/100.000. As células características desse tipo de LH são multilobuladas e encontram-se circundadas por um microambiente tumoral composto em sua maioria por linfócitos, histiócitos e células dendríticas foliculares. Diferente do LH clássico, o LHNPL costuma expressar marcadores pan B (CD19, CD20, CD79a, CD22) e do centro germinativo (BCL-6) e apresenta negatividade para CD15 e CD30. Além de possuir morfologia e imunofenótipo (IF) distintos do LH clássico, o LHNPL costuma ter curso indolente e prognóstico favorável. O objetivo deste relato é apresentar uma forma atípica de LHNPL, com comportamento mais agressivo e IF não usual. **Caso:** Homem, 31 anos, previamente hígido, com história de astenia, sudorese noturna e perda ponderal de 26 kg há um ano além de dor em hipocôndrio esquerdo, plenitude pós prandial e inapetência progressivos há 3 meses. Ao exame físico apresentava linfonodomegalia inguinal direita e esplenomegalia. Biópsia do linfonodo inguinal demonstrou perda de arquitetura geral por neoplasia linfóide constituída de células grandes, mononucleadas, núcleos ovalados ou de contornos irregulares,

frequentemente lobulados, com nucléolos visíveis, em meio a população de linfócitos maduros. Estudo imunohistoquímico revelou positividade da neoplasia para LCA, PAX-5, CD79, Oct-2 e negatividade para CD20, CD30, CD15, BOB-1, EMA, EBV-LMP. O CD21 evidenciou áreas serpiginosas de trama de células foliculares dendríticas, com população de linfócitos B maduros. PD1 evidenciou a formação de Rosetas de células T ao redor das células neoplásicas. Quadro morfológico e imuno-histoquímico compatível com LHNPL CD20-. Realizado estadiamento com Tomografia Computadorizada que demonstrou múltiplas lesões esplênicas (maior massa de 8,5cm) e adenomegalias inguinal e periaortocaval. Biópsia de medula óssea não demonstrou infiltração neoplásica. Paciente diagnosticado, portanto, com LHNPL estágio IIB sendo indicado tratamento quimioterápico. Em vigência atualmente de tratamento com esquema R-CHOP. **Discussão:** A despeito do longo intervalo de início dos sintomas e diagnóstico do linfoma, a apresentação clínica do nosso caso com sintomas B e comprometimento de linfonodos centrais e baço é incomum. Lesões esplênicas estão presentes em apenas 8% dos casos e os sintomas B de 6 a 15%. A ausência ainda de marcadores como BOB-1, EMA e do CD20 ao diagnóstico é raramente encontrado neste subtipo de linfoma. A negatividade para CD20 pode ter impacto no tratamento ao passo que o uso de Rituximab em monoterapia ou em combinação faz parte da primeira linha de tratamento do LHNPL. A decisão de manter o Rituximab ao esquema CHOP neste caso foi baseada na apresentação atípica e mais agressiva da neoplasia. **Conclusão:** O diagnóstico de LHNPL é pautado na clínica e na análise morfológica e imunofenotípica. O diagnóstico diferencial com outros linfomas como Linfoma Difuso de Grandes Células B e Linfoma de Células B rico em Células T e Histiócitos pode ser desafiador. O padrão imuno-arquitetural comumente visto no LHNPL foi determinante para o diagnóstico neste paciente que apresentava clínica atípica e ausência de marcadores imunofenotípicos como CD20.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.091>

DOENÇA AUTO-IMUNE SUGERINDO AO PET RECIDIVA DE LINFOMA HODGKIN - CONFIRMAÇÃO DA NECESSIDADE DE RE-BIOPSIAR SÍTIOS SUSPEITOS

MP Borim

ONCOMED BH, Belo Horizonte, MG, Brasil

Relato de caso: STP, 49 anos, feminino, diagnóstico Linfoma Hodgkin Clássico, Estadio III agosto/2019. Tratamento: ABVD, 4 ciclos + Radioterapia, resposta completa ao PET CT dezembro/2019. HP: Artrite Reumatóide diagnosticada 2015, em remissão e sem tratamento na ocasião do diagnóstico do Linfoma Hodgkin; Hipertensão Arterial Sistêmica. Após 8 meses do término tratamento do linfoma teve infecção por Covid-19 e percebeu gânglio palpável região axilar direita. VHS 102 mm. Realizou PET CT - aumento do metabolismo glicolítico em linfonodomegalias supra e infradiafragmáticas compatíveis com doença linfoproliferativa em atividade. Maior linfonodo: axilar direita nível II medindo 25,6 × 10 mm e

