

Linfoma de Hodgkin (LH) é primariamente uma doença linfodnodal e complicações neurológicas são raras. Geralmente é uma manifestação tardia e representa uma complicação séria e potencialmente fatal para o paciente. Sua incidência tem sido reportada como menor que 0,2%. As lesões podem acometer o Sistema Nervoso Central de maneira primária ou secundária, sendo a disseminação hematogênica provavelmente seu principal mecanismo. A maior parte das lesões acometem região supra tentorial, frequentemente envolvendo córtex cerebral e leptomeninges. Decorre principalmente de doenças recaídas. Devido à sua raridade, há limitação no conhecimento sobre as características clínicas, prognóstico e manejo desta complicação neurológica do LH. Consequentemente, não há guideline específico para guiar a tomada de decisão terapêutica. Nosso paciente manifestou doença de Hodgkin sistêmica, subtipo esclerose nodular, que progrediu doença em SNC. Trata-se de um paciente 30 anos, masculino, branco, asmático, tabagista ativo e usuário de cannabis que em 2019, durante investigação de icterícia, esplenomegalia maciça, linfonodomegalias e pancitopenia, teve o diagnóstico de LH clássico esclerose nodular. Apresentava células multinucleadas de Reed-Sternberg em meio a linfócitos, histiócitos e neutrófilos, com CD20, CD15 e CD30 positivos nas células neoplásicas, KI-67 40%. Realizou PET/CT com lesões linfonodais supra e infradiafragmáticas (SUV máximo 22 em linfonodos de até 3 cm no mesentério e hilo pulmonar; e SUV 5 em inguinais de 5 cm), lesões ósseas e esplenomegalia hipermetabólica de aspecto neoplásico linfoproliferativo viável, sendo estadiado como Ann Arbor IVB. Fez na época, de julho a novembro/2019, 4 ciclos de ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vinblastina e Dacarbazina), de forma irregular devido a faltas e atrasos por conta do paciente. Após o quarto ciclo mantinha linfonodopatia inguinal direita de 3 cm e um novo PET/CT mostrou resposta insatisfatória (Deauville 4). Em julho/2020 realizou nova biópsia que confirmou o mesmo diagnóstico inicial, tratando-se então de doença refratária. Após 1 mês desta última biópsia, um ano do diagnóstico, paciente evoluiu com episódios de crise convulsiva tônico clônica e agitação psicomotora. Realizou tomografia de crânio que evidenciou lesão hiperdensa no lobo occipital direito com efeito compressivo sobre o ventrículo lateral ipsilateral. Foi submetido a biópsia da lesão, que comprovou LH em SNC: CD15, CD20, PAX5 positivo, CD30 inconclusivo, CD 45 negativo, Ki-67% positivo em 80% dos núcleos das células atípicas. Aventada na época, possibilidade de LNH em SNC, foi enviado material para imunofenotipagem, que surpreendentemente evidenciou presença de 3,2% de células de tamanho e complexidade altos, CD15, CD30 e CD95 positivos, sugestivas de células de Reed-Sternberg. Paciente recusou-se a receber quimioterapia intratecal, então foi submetido a radioterapia em SNC (30Gy/10F com boost em região de lesão até 44Gy) e quimioterapia sistêmica em segunda linha (3 ciclos de DHAX - oxaliplatina, citarabina e dexametasona). Apesar de novos atrasos e faltas no tratamento, paciente obteve resposta clínica, está assintomático e aguarda reavaliação com novo PET.

LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO RECÉM-DIAGNOSTICADO NO CONTEXTO DE DESABASTECIMENTO DE BLEOMICINA: TRATAMENTO COM DOXORRUBICINA, ETOPOSÍDEO, VIMBLASTINA E DACARBAZINA (AEVD)

MP Lacerda^{a,b}, SJ Jr^b, JC Oliveira^b, GS Macedo^b, AP Tomazelli^b, AC Dalloglio^b, GR Gastal^b, IS Boettcher^b, FS Tavares^b

^a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville, SC, Brasil

^b Hospital Municipal São José (HMSJ), Joinville, SC, Brasil

Introdução: A combinação de doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina (ABVD) representa a principal opção de tratamento em primeira linha para o Linfoma Hodgkin clássico (LH). Desde 2018, o desabastecimento de bleomicina no Brasil têm trazido consequências graves aos pacientes com LH. No âmbito da medicina privada, instituições têm feito o uso de A+AVD, esquema no qual a bleomicina é substituída por brentuximabe-vedotina, ou importado a bleomicina de forma independente. Para diversas instituições públicas, entretanto, estas opções não são acessíveis. **Objetivo:** Avaliar a segurança e a eficácia da combinação AEVD (doxorubicina; etoposídeo, em substituição à bleomicina, na dose de 100 mg/m²; vinblastina e dacarbazina) para tratamento de LH em primeira linha, nos dias 1 e 15 de ciclos de 28 dias. **Métodos:** Realizamos estudo clínico aberto não-randomizado para avaliar o regime AEVD como tratamento de primeira linha em pacientes com diagnóstico recente de LH no Hospital Municipal São José em Joinville, Brasil. **Resultados:** Vinte e cinco pacientes com mais de 18 anos e diagnóstico de LHc entre junho e novembro de 2020 foram incluídos. Quatorze pacientes (56%) eram homens, com mediana de idade de 27 anos (variando de 18 a 66 anos). A maioria dos pacientes tinham doença Estágio II (60%, n = 15), tinham sintomas B (56%, n = 14) e lactate-desidrogenase (LDH, 52%, n = 13). Para estágios III-IV (n = 5), 3 pacientes apresentaram IPS alto risco (score >2; 60%). Para doença localizada (n = 20), alto risco conforme GHSG foi observado em 16 pacientes (n = 80%). Todos os pacientes passaram por 3 a 6 ciclos de quimioterapia e não se observou evento adverso com necessidade de internação hospitalar, interrupção ou descontinuação de tratamento. A realização de PET-CT ocorreu exclusivamente fora da nossa instituição. Oito pacientes tiveram acesso a PET-CT no ínterim, todos com score Deauville de 1-3. A taxa de resposta global foi de 96%, com um paciente apresentando progressão da doença após 5 ciclos. Sete pacientes tiveram avaliação de final de tratamento (FT) apenas com TC, com 5 respostas completas (RC) e 2 respostas parciais (RP), com ambos os pacientes RP mantiveram remissão após 10 e 12 meses. Avaliação ao FT com PET-CT (n = 18) resultou em DS 1-3 em 72% (n = 13), 4 em 22% (n = 4) e 5 em 6% (n = 1). Todos os 5 pacientes DS 4-5 foram submetidos a biópsia após avaliação FT, com confirmação de LH recidivado ou refratário (RR) em 4 casos (mulher de 22 anos, estágio IV, alto risco com doença



progressiva; homem de 65 anos, estágio III, baixo risco, com recidiva 11 meses após FT; homem de 26 anos, estágio II, alto risco com recidiva 6 meses após FT; mulher de 25 anos, estágio II, alto risco com recidiva 4 meses após FT). Dois pacientes LH RR (50%) tiveram atraso de mais de 30 dias no tratamento devido a fatores psicossociais ou financeiros secundários à pandemia Covid-19. Todos os pacientes LH RR tiveram acesso a terapia de resgate. Com mediana de seguimento de 16 meses (variando de 8 a 36 meses), nenhuma morte foi registrada e a probabilidade de sobrevida livre de progressão foi de 66% (IC95%: 72%-100%). **Conclusões:** A escassez de quimioterápicos tem sido um problema recorrente em todo o mundo, e é mais evidente em medicações citotóxicas sem substituições validadas, como é o caso da bleomicina. O uso do esquema AEVD para tratamento de LH recém-diagnosticado parece ser seguro, eficaz e factível, em uma população composta principalmente por pacientes de alto risco.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.097>

LINFOMA DE HODGKIN NA GESTAÇÃO: SÉRIE DE CASOS

CFM Silva, ACA Silveira, NCC Oliveira, KPU Turon

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



Introdução: O linfoma de Hodgkin é a neoplasia hematológica mais diagnosticada na gestação uma vez que seu pico de incidência coincide com período fértil feminino. Não existe um consenso a respeito do melhor tratamento nesse período, porém a maioria dos autores sugere que o ABVD no 2º e 3º trimestres é um tratamento eficaz e seguro, já sua segurança no primeiro trimestre é controversa. É consenso que o tratamento seja individualizado, conduzido por uma equipe multidisciplinar para segurança da gestante e feto. **Objetivo:** relato de caso de duas gestantes e uma puérpera com doença de Hodgkin clássico tratadas pelo serviço de hematologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. **Caso 1:** MGSC, 39 anos, puérpera, admitida no serviço após biópsia de linfonodo em região cervical, histopatológico com laudo de linfoma de Hodgkin clássico. Após PET CT e exames o estadiamento foi IV B. Foi optado por realizar 6 ciclos de ABVD e cessar a amamentação. A paciente está no 3º ciclo com reposta clínica parcial. Não foi possível realizar PET interim. **Caso 2:** MTSS, 34 anos, gestante de 33 semanas, admitida no serviço após biópsia linfonodal com histopatológico compatível com linfoma de Hodgkin clássico estágio IIB desfavorável. O estadiamento foi realizado por RM e biópsia de medula óssea. A paciente evoluiu com piora sintomática e foram iniciados dexametasona e vinblastina. Após 2 doses houve melhora dos sintomas. Submetida a parto cesáreo, sem intercorrências e em sequência, iniciado primeiro ciclo de ABVD. Encontra-se no 2º braço do 2º ciclo de ABVD, com redução de mais de 50% dos linfonodos. **Caso 3:** CMLAP, 34 anos, gestante de 8 semanas admitida após biópsia ganglionar compatível com linfoma de Hodgkin clássico. Após

RM e biópsia de medula óssea, o estadiamento foi IIA desfavorável. Optou-se por conduta expectante, mas após 14 semanas evoluiu com quadro de tosse seca, dor torácica e ortopneia, sendo iniciada vimblastina. A partir do 2º trimestre de gestação, iniciou-se tratamento com ABVD. No momento, está na 25ª semana gestacional com boa tolerância a quimioterapia, sem linfonodomegalias ao exame e desenvolvimento fetal normal. **Discussão:** As manifestações clínicas não diferem entre grávidas e não grávidas, porém, a condução do caso tem suas particularidades. O estadiamento das pacientes gestantes foi realizado através de ressonância magnética e biópsia de medula óssea para evitar a exposição a radiação do PET-TC. O regime de quimioterapia escolhido foi o ABVD a partir do 2º trimestre. A vimblastina como agente isolado foi utilizado nas gestantes com evidência de progressão da doença. **Conclusão:** não existe um consenso no tratamento do linfoma de Hodgkin em gestante. As evidências de eficácia e segurança são baseadas em publicações de séries de caso. O objetivo do tratamento é curativo e o esquema ABVD parece seguro no 2º e 3º trimestres. A quimioterapia deve ser evitada no 1º trimestre quando há a organogênese fetal. O estadiamento deve ser feito preferencialmente por RM. Nos casos, a primeira paciente recebeu o tratamento padrão e a única restrição foi a não amamentação, a segunda paciente recebeu vimblastina isolada, sem resposta, mas como estava em final de gestação foi possível adiantar o parto para o início do ABVD. No terceiro caso, houve progressão da doença a despeito da vimblastina e foi optado por iniciar ABVD no 2º trimestre.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.098>

LINFOMA HODGKIN CLÁSSICO EM SEGUNDA PROGRESSÃO COM ACOMETIMENTO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL – RELATO DE CASO

IBR Filgueiras, HVS Chaves, AGO Braga, EPS Silva, GAP Machado, FG Porto, CC Barbosa, CS Silva, BKL Duarte

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



Introdução: O Linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia linfóide derivada de células B, que se apresenta comumente por linfonodomegalia indolor em cadeias cervical e mediastinal, podendo acometer, menos comumente, pulmão e medula óssea; mas sendo muito rara a infiltração em sistema nervoso central (SNC). Estima-se que a incidência em SNC esteja em torno de 0,02-0,5%, estando mais frequentemente associada à doença progressiva ou a recorrente envolvimento sistêmico. **Relato de caso:** Paciente, feminino, 33 anos, diagnosticada com Linfoma de Hodgkin (LH) subtipo esclerose nodular (estadio IIB) em dezembro de 2019, tendo sido submetida à quimioterapia com seis ciclos do esquema AVD, sem bleomicina por indisponibilidade deste medicamento no mercado nacional, de dezembro de 2019 a agosto de 2020. PET-CT, para avaliação de resposta, após o final do tratamento evidenciou progressão de doença, com aumento da massa