

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