

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

mediastinal pré-vascular e surgimento de linfonodomegalia em cadeias paratraqueal e diafragmática; sendo optado por tratamento em 2ª linha com dois ciclos do esquema ICE de outubro a novembro de 2020. Novo PET-CT após o final do tratamento evidenciou resposta parcial, sendo, então, optado, como tratamento em 3ª linha, iniciar quatro ciclos do protocolo GEMOX, em janeiro de 2021, seguido de TCTH autólogo. Após 1º ciclo do GEMOX, optado por suspender temporariamente a quimioterapia, visando evitar falhas da coleta de células progenitoras periféricas (CPP). Como apresentava doença localizada em mediastino, foi indicada radioterapia (20 sessões). Internada, em maio de 2021, para mobilização e coleta de CPP, quando foi observada lesão em calota craniana; sendo suspensa mobilização. Durante investigação, evidenciado, em exame anatomo-patológico de lesão periosteal, infiltração de partes moles por LH clássico; e em análise líquórica, ausência de infiltração. Diante do quadro, apesar da lesão em SNC, não havia evidências de infiltração líquórica nem lesão em parênquima cerebral, o que sugeria acometimento localizado nessa região. Diante dessas características, aliadas à raridade desta situação clínica e à escassez de dados sobre a melhor conduta para a infiltração do SNC por LH, optou-se por radioterapia para tratamento deste componente da recidiva, com posterior início do esquema IGEV para tratamento do componente sistêmico; além de programação de mobilização de CPP, antes do início da terapêutica de resgate, para realização de transplante autólogo como consolidação do tratamento da recidiva. Paciente, porém, evoluiu com quadro de insuficiência respiratória atribuída a pneumocistose, com necessidade de internação em leito intensivo, inviabilizando o início do tratamento de resgate até o momento. **Conclusão:** O caso relatado, portanto, evidencia acometimento de SNC em paciente com LH após três linhas de tratamento, o que mostra que, apesar da raridade da infiltração em SNC, faz-se necessário considerar esse acometimento em pacientes com LH evoluindo com surgimento de massa nessa topografia; além de levantar o questionamento acerca do papel incerto da profilaxia de SNC para infiltração de LH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.099>

LINFOMAS DE HODGKIN: EXPERIÊNCIA DE 8 ANOS DE INSTITUIÇÃO MÉDICA DO INTERIOR PAULISTA

ML Puls^a, AAL Puls^b

^a Santa Casa de Araraquara (SCA), Araraquara, SP, Brasil

^b Clínica GastroHematológica Ararense (CGHA), Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic (FMSLM), Araras, SP, Brasil

Objetivo: Descrição da experiência dos últimos 8 anos de acompanhamento diagnóstico e terapêutico de linfomas de Hodgkin (LH) em serviço médico de hematologia & hemoterapia no interior do estado de São Paulo. **Material e métodos:**

Estudo descritivo, retrospectivo e observacional realizado a partir de dados obtidos por meio da análise de prontuários eletrônicos de portadores de LH admitidos e atendidos de janeiro de 2012 (ano de implantação do sistema de prontuários eletrônicos nesta instituição) a dezembro de 2020 em serviço médico especializado em hematologia no interior paulista. Incluídos pacientes vivos, maiores de 18 anos, portadores de LH, com confirmação anatomo-patológica. Excluídos pacientes que evoluíram a óbito previamente à coleta de dados, menores de 18 anos e sem confirmação histológica. Estadiamento realizado pelos sistemas de Ann-Arbor e Cotswold, com cálculo da estratificação de risco e prognóstico baseado nos critérios do NCCN (2007) e Lugano (2014) para estadiamento I e II e IPS (2012) para estadiamento III e IV. Dados comparados com informações disponíveis na literatura científica especializada, obtida nas bases de dados Medline (acessada via PubMed), Scielo, Scopus, Lilacs e Cochrane Library. **Resultados:** 112 pacientes preencheram critérios de inclusão para participar deste estudo. Mediana de 27 anos (8% superiores a 60 anos); 70 (62,5%) do gênero masculino. 106 pacientes (94,64%) apresentaram adenomegalia. Sintomas B estiveram presentes em 80 pacientes (71,42% dos casos). A maioria dos pacientes era portador do subtipo esclerose nodular (73 casos; 65,17%), seguido de celularidade mista (25; 22,32%) e depleção linfocitária (10; 8,92%). O estadiamento de Ann-Arbor se apresentou em 2/112 (1,78%), 20/112 (17,85%), 52/112 (46,42%) e 38/112 (33,92%) casos como estágios I, II, III e IV, respectivamente. Para o estadiamento I-II, 5/22 (22,7%) dos pacientes apresentavam estratificação de risco favorável, contra 17/22 (77,27%) com risco desfavorável. Esses pacientes foram tratados com protocolo ABVD como quimioterapia de primeira linha e 20/22 (90,9%) foram submetidos à radioterapia. Resposta completa (RC) pós-tratamento de primeira linha ocorreu em todos os pacientes do grupo favorável, com sobrevida livre de progressão (SLP) em 5 anos para todos deste grupo. No grupo de risco desfavorável, 12/17 (70,58%) pacientes portavam lesão bulk ao diagnóstico, todos em porção mediastinal. Esses pacientes receberam ABVD e radioterapia associada, com RC em 10/17 (58,82%) após terapia de 1ª linha. Neste grupo, a SLP em cinco anos foi de 70,58%. Nos pacientes com estágio III e IV, 72/90 (80%) apresentaram critérios de risco (IPS mínimo de 3) contra 18/90 (20%) sem fatores de risco (IPS inferior a 3). Todos receberam tratamento inicial com ABVD com encaminhamento para radioterapia. A SLP em 5 anos neste grupo foi de 25 pacientes (27,77%), sendo que nenhum deles estava em estágio IV durante o diagnóstico admissional. **Discussão:** Conforme descrito em literatura especializada, os pacientes de estágios mais avançados com critérios de risco apresentaram menor SLP, mesmo em uso de tratamento protocolado. **Conclusão:** Em nossa experiência, encontramos melhores remissões clínicas, RC e SLP em pacientes com LH em estágios mais precoces e sem fatores de risco, conforme documentado nas bases médico-científicas específicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.100>

