



tratamento com melhor perfil de toxicidade para patologias como doenças autoimunes e neoplasias sólidas e hematológicas, dentre as quais das últimas, o Linfoma de Hodgkin clássico (LHc). Caracteristicamente as células de Reed-Sternberg do LHc, superexpressam os ligantes PD-L1 e PD-L2 da proteína 1 de morte programada em sua superfície, o que permite a evasão tumoral ao sistema imunológico e garantem sua sobrevivência e crescimento. Dentre as drogas que possuem tal checkpoint como alvo, destaca-se o Nivolumabe, um anticorpo monoclonal anti-PD-1, já previamente liberado para o tratamento de formas avançadas de melanoma e certas neoplasias sólidas, que foi aprovada pela FDA em 2016 e pela Anvisa em 2017 para o tratamento LHc em recidiva ou refratário após transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) autólogo seguido de tratamento com Brentuximabe vedotina (BV), sendo assim a primeira com esse alvo molecular liberada para uso em malignidade hematológica. O uso do Nivolumabe, como descrito em estudos multicêntricos, demonstrou taxa de resposta de 69% e bom perfil de toxicidade, a despeito de proporção significativa (10%) de eventos adversos imunomediados (EAim). Os EAim mais relatados são dermatológicos, endocrinológicos, gastrointestinais e hepáticos, que ocorrem de formas brandas a quadros severos e são classificados em escala específica. Existem diferentes estratégias definidas tanto para o tratamento do EA quanto para seguimento da doença que requer o uso da TAD. Reconhece-se que doenças autoimunes, sobretudo em atividade, são fatores de risco para o surgimento e agravamento das EAim, devendo fazer parte de uma busca ativa prévia ao início das TAD. O relato de caso refere-se a uma paciente do sexo feminino, 22 anos, sem história prévia de doenças autoimunes, com diagnóstico de LHc com acometimento linfonodal cervical, mediastinal e hepático, previamente tratada com quimioterapia (esquemas DHAP e AVD), TCTH autólogo e BV, apresentando refratariedade primária confirmada através de reestadiamento com PET-CT e biópsia, sendo então indicado o início da terapia com Nivolumabe em Abril/2021. Em Maio/2021, compareceu para atendimento no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto - SP, com queixas de náuseas, epigastria e dor em hipocôndrio direito. Exames laboratoriais evidenciaram níveis elevados de TGO (314 U/L), TGP (343 U/L), Fosfatase Alcalina (487 U/L) e Gama-Glutamil Transferase (151 U/L) e níveis normais de bilirrubinas, confirmados em reanálise. Descartada hepatite infecciosa através da normalidade de triagem sorológica. Foi instituída terapia com Prednisona 1 mg/kg/dia, com regressão total de sintomas e marcadores previamente alterados. Optado por redução da dose de Nivolumabe e reajuste no intervalo entre as doses, com boa tolerabilidade em avaliações subsequentes. Frente aos dados expostos nesse trabalho, uma vez havendo tendência a crescente disponibilidade de TAD, faz-se necessário o reconhecimento precoce dos fatores de risco - sobretudo eventos autoimunes prévios - para o desenvolvimento de EAim, e sua correta graduação quando de sua ocorrência a fim de otimizar o manejo e definir estratégias para o controle da neoplasia em tratamento.

TUBERCULOSE INTESTINAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO NUM PACIENTE COM DOENÇA DE HODGKIN

MCG Silva^a, MP Cesar^a, VMA Bandeira^a,
AQMS Aroucha^a, ACC Lopes^a, JO Vieira^a,
MFH Costa^{a,b}

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: A tuberculose ainda é prevalente em países em desenvolvimento, como o Brasil, principalmente em pacientes de alto risco, como imunossuprimidos. O acometimento do trato intestinal é raro (cerca de 2%), caracterizando-se por um desafio diagnóstico, com quadro clínico inespecífico e tendência erros de diagnósticos (50-70%) e atrasos a iniciar tratamento adequado, mesmo em regiões endêmicas como o Brasil, como doença intestinal inflamatória e neoplasias. **Objetivo:** descrever o quadro clínico, o diagnóstico e o desfecho de um paciente com Doença de Hodgkin e tuberculose intestinal. **Materiais e método:** Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada análise de prontuário, revisão da literatura para relato e discussão de caso clínico. **Relato do caso:** sexo feminino, 39 anos, ECOG 0. Há 2 anos, surgimento de linfonodo cervical, sem outros sintomas B cuja biópsia com imunohistoquímica resultou em linfoma de Hodgkin clássico. Antecedente patológico de constipação crônica importante. Em tomografias para estadiamento, havia linfonodomegalias supraclaviculares e conglomerados linfonodais mediastinais, os maiores medindo 7,4 × 3,5 × 9,0 cm, sem doença infradiaphragmática. Biópsia de medula óssea normal. Pelo quadro de constipação, fez colonoscopia que evidenciou erosão em íleo terminal, com biópsia de ileíte crônica. Iniciou protocolo ABVD para tratamento do linfoma. Após o 2º ciclo fez avaliação ínterim, com pet/ct Lugano 2. Completado 6 ciclos de QT, fez radioterapia de consolidação em região mediastinal. Repetiu PET/CT após término do tratamento, com resposta completa supradiaphragmática. Contudo, surgiu espessamento nodular na parede do íleo distal (SUV 7,5) com linfonodo pericecal associado (SUV 3,9). A biópsia dessa lesão por colonoscopia evidenciava processo inflamatório crônico granulomatoso com necrose focal e infiltrado linfóide misto B e T. Na ocasião, o teste tuberculínico (PPD) da paciente foi 12, forte reator e iniciado terapia para tuberculose. Após 3 meses de tuberculostáticos, a nova colonoscopia e biópsia foram normais. Mantém em remissão a doença de Hodgkin e segue em tratamento para tuberculose intestinal. **Discussão:** O linfoma intestinal e a tuberculose intestinal apresentam características clínicas, tomográficas e endoscópicas semelhantes, o que pode ser um desafio diagnóstico. São consideradas doenças granulomatosas crônicas e podem mostrar sobreposição em suas características histológicas. Da mesma forma, não se deve assumir que uma lesão captante ao PET-CT seja de origem neoplásica ou que seja do mesmo tipo histológico que a lesão inicial. O PET-CT é muito útil para avaliação de resposta

quimioterápica na oncologia, contudo tem baixa acurácia na diferenciação entre processos inflamatórios/infecciosos de neoplasia em atividade. Assim, faz-se sempre necessário a biópsia para confirmação de recidiva antes de qualquer conduta terapêutica. O diagnóstico incorreto entre doenças infecciosas, como tuberculose, e neoplasias pode resultar em eventos clínicos graves, como disseminação e agravamento do processo infeccioso ou retardo no tratamento oncológico, de forma que o diagnóstico preciso é importante para o tratamento adequado e sobrevida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.105>

LINFOMA NÃO-HODGKIN

ACOMPANHAMENTO DO SEGUIMENTO TERAPÊUTICO DE PACIENTES: JORNADA DO PACIENTE COM LINFOMA NÃO HODGKIN NO BRASIL

ABM Almeida, ACGD Santos, NVMM Oliveira

Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Analisar os principais aspectos referentes ao diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de Linfoma não Hodgkin (LNH) no Brasil. **Material e métodos:** Estudo transversal sobre jornada do paciente com LNH. Os dados foram coletados por meio de um questionário online auto preenchido e por entrevistas telefônicas realizadas com pacientes cadastrados no banco de dados da ABRALE. Os dados foram tabulados e foram realizadas distribuições de frequências no Microsoft Excel e SPSS Statistics. **Resultados:** Participaram da pesquisa 891 pacientes portadores de LNH, sendo 62% mulheres e 38% homens. Destes pacientes, predominam a raça/cor branca (63%), faixa etária de 40 a 49 anos, com média de 46 anos de idade. Ao avaliar o tipo de estabelecimento, nota-se que 58% dos pacientes realizam/realizaram o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto 37% através de plano de saúde ou convênio médico. Em ambos sistemas de saúde, a maior parte dos pacientes receberam o diagnóstico em até um mês, mas ao analisar os pacientes que receberam o diagnóstico após 6 meses são, em sua maioria, pacientes do SUS. A maioria dos pacientes (60%) não tiveram dificuldades para obtenção do diagnóstico de LNH. Entre os pacientes que tiveram dificuldades, a maior foi o grande número de consultas médicas até o médico especialista. Enquanto pacientes residentes nas regiões Sul e Sudeste do país são encaminhados ao médico especialista após duas consultas médicas, nas demais regiões os pacientes são encaminhados após 3 ou mais consultas, ou seja, o encaminhamento ao médico especialista é mais fácil nessas duas regiões. Ao serem questionados se já conheciam a patologia antes do diagnóstico, 69% não tinham conhecimento sobre a doença e informam que procuram informações sobre a patologia, predominantemente, na internet. **Discussão:** O linfoma não Hodgkin é um tipo de câncer e, como em outros tipos, o tempo até o recebimento do diagnóstico é fator decisivo no tratamento. Entender como a jornada do paciente é construída nos dois sistemas de saúde, em todas as regiões do Brasil, envolve



ouvir o processo do cuidado com os pacientes, pois eles apresentam indicadores de qualidade do serviço, essenciais para que mudanças efetivas ocorram. **Conclusão:** Os resultados indicam desigualdade de acesso ao diagnóstico de Linfoma de Hodgkin (LNH) no Brasil. O tempo até o recebimento do diagnóstico é menor para quem possui planos de saúde. A maior dificuldade enfrentada pelos pacientes é o grande número de consultas até o médico especialista para confirmação do diagnóstico. Essa dificuldade é maior para pacientes pretos, pardos e residentes das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. A maioria dos pacientes não conheciam a patologia antes do diagnóstico e a principal fonte de informação de pacientes jovens é a internet, enquanto pacientes mais velhos é o médico. Estes resultados são essenciais para compreender a jornada do paciente e colaboram para que mudanças efetivas ocorram no sistema de saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.106>

ADENOCARCINOMA DE CÓLON E RETO ASSOCIADO AO LINFOMA NÃO HODGKIN COMO SEGUNDA NEOPLASIA - RELATO DE CASO

MMR Haikel^a, IL Arce^a, P Vicari^a, AL Tavares^a, VLP Figueiredo^a, G Augusto^a, MSF Franco^b, RS Azevedo^a

^a Hematologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

^b Patologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Adenocarcinoma de cólon e reto (ACCR) tem a segunda incidência neoplásica em mulheres (9,5%), já a associação com uma segunda neoplasia, como Linfoma não-Hodgkin B (LNH-B) é rara. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente com diagnóstico de LNH-B após tratamento recente de ACCR. **Relato de caso:** Mulher 50 anos, com dor abdominal, alteração intestinal e hematoquezia recorrente. Internada em outubro de 2018 por piora algica, detectado abscesso de ileopsoas e linfonodomegalias retroperitoneal e inguinal, realizado drenagem do abscesso e antibioticoterapia. Porém pela persistência dos sintomas, foi submetida a biópsia de ganglio inguinal compatível com hiperplasia reacional e colonoscopia de pólipos em sigmoide com neoplasia epitelial vilotubular restrita a mucosa com intensa atipia. Após seguimento ambulatorial por 8 meses, realizou nova colonoscopia, evidenciando adenocarcinoma de reto. Iniciado Capecitabina e radioterapia neoadjuvante em 09/2019 e posterior ressecção cirúrgica. Análise da peça evidenciou ACCR com margens e linfonodos regionais livres, apesar das tomografias com presença de linfonodos axilar E e inguinais. Em 02/2020, novas imagens mostraram linfonodomegalia generalizada e nódulo pulmonar, sendo indicado biópsia de linfonodo supraclavicular com diagnóstico de LNH Folicular 3A, (cd 23, cd 20, bcl-6,

