

corresponde à 10,76% onde 2,34% foram confirmados para infecção por cultura, (Jesus e Secoli, 2007) a incidência varia entre 2 à 3%, já em Griffiths e Philpot (2002) verificaram que a taxa está entre 3% para PICC. **Conclusão:** Conclui-se que o implante de catéter e seu uso, foi benéfico, possibilitando infusão de quimioterapia com poucas complicações, com a maioria conseguindo terminar o tratamento proposto. Quando comparado com a literatura tivemos poucas complicações, com incidência menor em alguns aspectos e dentro do esperado em outros. Concluímos que é um dispositivo seguro para o paciente, e que o bom resultado obtido no serviço provavelmente se deve ao treinamento constante da equipe, às boas práticas no manuseio do cateter pela enfermagem e à orientação dos pacientes para cuidado domiciliar.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.140>

LINFOMA HODGKIN PRECEDIDO DE PTI E LESÕES CUTÂNEAS: HÁ NEXO CAUSAL?

NC Maia^a, FS Zottmann^a, MP Luizon^a,
A Silveira^a, JCB Silva^b

^a Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic
(FMSLM), Araras, SP, Brasil

^b Clínica Medeiros, Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Descrever um caso de Linfoma Hodgkin (LH) que foi precedido de púrpura trombocitopênica imune (PTI) e lesões de pele que se acreditava ser Síndrome de Stevens Johnsons (SSJ) e comparar os achados com a literatura, a fim de compreender se há alguma associação entre essas patologias no mesmo paciente. **Material e métodos:** Estudo realizado a partir de dados do prontuário de paciente e revisão de literatura. **Relato de caso:** Trata-se de paciente feminino, 28 anos, que foi encaminhada para consulta hematológica devido a aumento dos níveis séricos de ferritina, evidenciado após um mês de internação hospitalar para investigação de lesões maculares eritematosas não descamativas por todo o corpo. A princípio foi cogitada a hipótese de SSJ e a paciente foi submetida a corticoterapia, sem sucesso. Tal hipótese foi perdendo força pois não foi encontrado uso de nenhum fármaco ou infecção que pudessem estar associados. Seu exame físico era normal, exceto por uma leve palidez cutâneo mucosa. Ao hemograma, havia anemia microcítica moderada e plaquetose discreta. Após um mês da primeira consulta na hematologia, a paciente evoluiu com inúmeras petéquias em membros inferiores e gengivorragia. Foi internada, recebeu diagnóstico de PTI e tratada com corticoterapia, com sucesso. Antes deste tratamento, foram pesquisadas possíveis etiologias para o quadro imune, sendo descartadas diversas doenças autoimunes, como por exemplo as do tecido conjuntivo. Exames de imagem identificaram linfonodomegalias abdominais e torácicas. Os linfonodos torácicos foram biopsiados e confirmaram o diagnóstico de LH clássico tipo esclerose nodular, estágio IIIB. **Discussão:** Diante dos dados encontrados na literatura, a correlação entre doenças autoimunes e as linfoproliferativas já foi estabelecida. Entretanto, a associação LH e PTI não é das mais frequentes. Na maioria dos casos da literatura, a PTI se resolveu com o tratamento

específico do LH. Neste caso, o diagnóstico do linfoma foi posterior ao da PTI, e a abordagem prévia do tratamento com corticoterapia para PTI obteve resultados positivos. O diagnóstico do LH só foi possível durante a investigação etiológica da PTI, já que não havia sinais e sintomas característicos inicialmente. Infelizmente, as lesões cutâneas que geraram o encaminhamento à hematologia não foram biopsiadas e, portanto, não foi possível estabelecer um nexo causal com a PTI nem com o LH. **Conclusão:** O caso relatado destaca formas incomuns de apresentação do LH, o que salienta a necessidade de estudos futuros com casos semelhantes para maior entendimento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.141>

SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR NO LINFOMA DE HODGKIN: UM RELATO DE CASO

LF Dornelas, JC Vieira, VR Crivelaro, LA Batista,
VRM Neto, JARE Silva

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de
Siqueira Cavalcanti (Hemorio), Rio de Janeiro, RJ,
Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin (LH), é uma neoplasia maligna, originada no sistema linfático e retículo endotelial e aparece em adultos jovens e maiores de 50 anos, com manifestações linfonodais nas regiões cervical, axilar e torácica e podendo ter acometimento mediastinal. Ele comumente envolve o sistema musculoesquelético. O sistema nervoso central (SNC) pode ser acometido, em que a principal forma de apresentação é a compressão medular. O tratamento é definido pelo estadiamento e pela imuno-histoquímica, que em geral, consiste de poli quimioterapia, com ou sem radioterapia. **Objetivo:** Apresentar um caso de compressão medular em paciente com Linfoma de Hodgkin. **Metodologia:** Revisão de prontuário com levantamento de dados clínicos, laboratoriais, exames complementares e revisão da literatura sobre a temática apresentada. **Resultados:** Jovem, 35 anos, masculino, diagnosticado em 2020 com LH, da entrada no serviço de hematologia em abril/2022 com linfonodomegalia em região cervical direita, perda ponderal, sudorese noturna e redução da força muscular em membros inferiores- força grau 2 em membro inferior direito e grau 3 em membro inferior esquerdo, sem conseguir deambular. Resultado de imuno-histoquímica de biópsia de linfonodo cervical a direita, realizada há 2 anos, evidenciando: CD15 negativo, CD20 negativo, CD3 negativo, CD30 positivo em células grandes atípicas, CD45 negativo, EBV positivo em células atípicas, KI-67% positiva em 90% das células atípicas, PAX-5 positiva em células grandes atípicas, compatível com LH clássico de celularidade mista. Realizado tomografia computadorizada (TC) de coluna cervical, evidenciando sinais de extensão da lesão para os forames neurais e canal vertebral no nível de D7-D8 e para o forame neural esquerdo de D6-D7, compatível com compressão medular. Realizado tratamento inicial com ABVD e encaminhado a 1ª sessão de radioterapia (RT). Apresentou melhora da parestesia em MMII, logo após 1ª sessão. Recebe alta da internação, após 5 sessões de RT, com resolução do quadro de

compressão medular, deambulando. Mantém quimioterapia com ABVD. **Discussão:** Vários são os mecanismos para justificar a compressão das raízes nervosas e da medula nos linfonos, sendo os mais frequentes a presença de tecido linfomatoso no espaço epidural, sem lesão de corpo vertebral, sendo este infiltrado oriundo da extensão de linfonodos cervicais, mediastinais ou retroperitoniais. O quadro clínico é de uma compressão rádiculo medular de envolvimento agudo, iniciando-se com dor do tipo radicular, seguida de alterações motoras e sensitivas abaixo da lesão. A radioterapia e a quimioterapia, associados ou não à cirurgia são os meios terapêuticos preconizados. A proporção de pacientes que tem a manifestação neurológica como complicação é muito diferente daquelas em que compressão raquimedular é a apresentação da doença. Trata-se de um linfoma de Hodgkin avançado, com atraso no início do tratamento, evoluindo com síndrome de compressão medular. **Conclusão:** A quimioterapia e/ou radioterapia são tratamentos bem-sucedidos para a doença de Hodgkin que se apresenta com compressão da medula espinhal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.142>

LINFOMA DE HODGKIN X TUBERCULOSE GANGLIONAR: RELATO DE CASO

SL Zielak, MB Cursino

Hospital Adventista Silvestre (HAS), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

O Linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia linfoproliferativa com origem nos linfonodos caracterizada pela presença histológica de células de Reed-Stenberg. Clinicamente apresenta adenomegalia e sintomas constitucionais como febre, sudorese noturna e perda ponderal podem estar presentes. O acometimento extra-ganglionar é incomum, mas pode atingir medula óssea, pulmão, ossos, trato gastrointestinal, medula espinhal e cérebro. A biópsia excisional de linfonodo acometido é o procedimento padrão para o diagnóstico. O objetivo desse relato é apresentar um caso de LH em que houve dificuldade diagnóstica mesmo com realização de biópsia. Foram utilizados dados da equipe médica que assistiu o paciente e consulta ao prontuário. Paciente ASA, 49 anos, feminino, tabagista, sem comorbidades, compareceu à consulta com oncologista apresentando queixa de lombociatalgia há 3 anos com diagnóstico de hérnia de disco evoluindo com piora progressiva. Vinha em acompanhamento com reumatologista que após investigação radiológica encontra os achados de linfonodomegalias difusas, esplenomegalia e múltiplas lesões ósseas osteoblásticas, realizou também cintilografia óssea que evidenciou aumento do remodelamento ósseo em coluna toracolombar, além de articulações sacroilíacas direita, acetábulo esquerdo e fêmures. Ao exame paciente apresentava pequenos linfonodos palpáveis em região supra clavicular e inguinal direitas. Negava febre, perda de peso ou sudorese. Realizou biópsia de medula óssea com achados normais e biópsia de linfonodo axilar que evidenciou diagnóstico histopatológico de tuberculose ganglionar. Paciente concluiu tratamento com esquema RIPE porém apresentou piora dos

sintomas algícos que começaram a incluir região torácica, membros e bacia, chegando a necessitar de várias idas à emergência e algumas internações para controle de dor. Várias tomografias foram realizadas com evidência de lesões osteoblásticas esparsas, esplenomegalia e linfonodomegalias difusas. Realizou também pesquisa de marcadores tumorais CA 19,9; CA 72,4; CA 125; CA 15,3 e CEA todos negativos. Diante da progressão do quadro foi submetida a nova biópsia de linfonodo aproximadamente seis meses após a primeira, que revelou células com morfologia de células de Reed-Stenberg e suas variantes com o seguinte perfil de imunomarcagem: imunopositividade com os anticorpos anti CD20 (multifocal, fraco a moderado), CD30 (difuso) e CD68 (multifocal, evidenciando granulomas). Chegando ao diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clássico, tipo esclerose nodular, grau 2, variante sinicial com associação de processo inflamatório crônico granulomatoso e ausência de microorganismos identificados. Após diagnóstico de LH paciente foi submetida a 6 ciclos de ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina) e 4 ciclos de ICE (ifosfamida, carboplatina, etoposídeo), mesmo assim apresentava 70% de infiltração medular em biópsia de medula óssea realizada. O caso chama atenção para a presença de lesões osteoblásticas múltiplas, achado pouco comum no LH e principalmente para o falso diagnóstico inicial de tuberculose ganglionar encontrado na primeira biópsia que confundiu o raciocínio clínico e atrasou o tratamento adequado, o que alerta para a importância da correlação dos achados histopatológicos com a clínica do paciente, a necessidade de duvidar da biópsia quando esta não condiz com o quadro e estar atento aos diagnósticos diferenciais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.143>

PERFIL DOS GASTOS HOSPITALARES DE PACIENTES INTERNADOS COM DOENÇA DE HODGKIN NO ESTADO DO PIAUÍ DE JANEIRO DE 2017 A MAIO DE 2022

MAF Filho, AKO Moura, RNC Silva, IIM Carvalho, EBS Nogueira, MFND Rêgo

Centro Universitário Faculdade Integral Diferencial (UNIFACID), Teresina, PI, Brasil

Objetivo: Analisar de forma comparativa os aspectos relativos aos gastos referentes à saúde para o tratamento de pacientes hospitalizados com doença de Hodgkin no estado do Piauí. **Materiais e métodos:** O estudo ecológico é de caráter descritivo e retrospectivo. Sendo utilizado os dados fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) na seção do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). As informações analisadas foram: o perfil de internações pelo linfoma de Hodgkin, total de internações, os gastos hospitalares das internações, a média do tempo de permanência dos pacientes, além do número de óbitos no período entre janeiro 2017 e maio de 2022. Para melhor organização destes dados, os mesmos foram agrupados no aplicativo Microsoft Excel®, onde se realizou a análise estatística descritiva e a frequência absoluta junto a relativa. **Resultados:** No intervalo de 2017 a 2021, houve uma queda no número de