

com emagrecimento 11 kg no período. Negava adenomegalias, febre ou sudorese noturna. Os exames de sangue na chegada não mostravam alterações. A tomografia computadorizada de órbitas demonstrou lesão expansiva no cone orbitário a direita, lesão que determinava proptose do globo ocular e média $3,4 \times 2,5 \times 3$ cm envolvendo cerca de 180° da superfície do globo ocular. Realizada biópsia da lesão a qual teve estudo imunohistoquímico compatível com linfoma folicular grau 2, CD20+, CD10+ fraco, BCL2 e BCL6+, CD23+, Ciclina D1 neg, Ki67 50%. Neste momento, foi iniciada quimioterapia com protocolo R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e citarabina) e, após 6 ciclos, paciente apresentou remissão sistêmica completa, porém mantendo lesão em órbita à direita. Encaminhada para radioterapia complementar, onde completou 12 sessões com 24 Gy. No momento, paciente com plano de rituximab de manutenção. **Discussão:** Linfoma de órbita representa 4-13% dos tumores malignos de órbita. Afeta tipicamente adultos maiores de 50 anos, com predominância no sexo masculino. Proptose e lacrimejamento são os sintomas clínicos mais comuns. A inexistência de sintomas sistêmicos (febre, perda de peso e/ou suores noturnos) é frequente nos tumores localizados. O diagnóstico é baseado em biópsia compatível, sem evidência de linfoma em outros órgãos após avaliação completa somado a ausência história prévia de linfoma. O tratamento depende do tipo histológico e da extensão do tumor. As modalidades incluem quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Martinet et al. relataram que a sobrevida global em 5 anos do linfoma orbitário foi de 78%. **Conclusão:** A órbita é um sítio de acometimento incomum do linfoma, no entanto, os médicos devem estar atentos a esta condição como diagnóstico diferencial de massa e proptose ocular, mesmo que não haja sintomas sistêmicos sugestivos de linfoma. Afinal, a sobrevida global é alta e depende diretamente do diagnóstico precoce visando uma menor extensão do tumor no local.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.182>

DOENÇA DE CASTLEMAN ASSOCIADA A SARCOMA DE KAPOSI EM PACIENTE HIV + - RELATO DE CASO

AVCDS Gasparine, MC Guedes, MD Cuollo,
FB Patricio, TDS Baldanzi, MCAP Azambuja

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba,
PR, Brasil

Introdução: Doença de Castleman e Sarcoma de Kaposi são duas doenças associadas ao Herpes Vírus Humano 8 porém a ocorrência em concomitância é extremamente rara. Apenas 13% dos pacientes com doença de castleman multicêntrica desenvolvem sarcoma de Kaposi, sendo que a sua ocorrência em concomitância é mais comum nos pacientes com HIV positivo. Ocorrem com maior frequência dentre o primeiro ano de diagnóstico do HIV e a incidência de doença de Castleman, ao contrário do Sarcoma de Kaposi, não diminuiu com o advento da TARV. Clinicamente os pacientes apresentam-se com sintomas constitucionais, hepatoesplenomegalia, hipergamaglobulinemia policlonal, anemia e aumento do nível sérico de

IL6. Não há tratamento padrão para a Doença de Castleman em associação com Sarcoma de Kaposi no paciente HIV +. Sabe-se que apenas a introdução da TARV não é suficiente para conter a doença de Castleman e também que a terapêutica mais comumente utilizada, imunoterapia com rituximab, acaba por exacerbar o Sarcoma de Kaposi neste paciente, sendo, portanto, um desafio terapêutico ao hematologista. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 50 anos, negra. Diagnóstico de AIDS recente sem introdução de TARV, encaminhada ao centro de referência por quadro de dessaturação de oxigênio. A admissão paciente encontra-se em regular estado geral, emagrecida, consciente e orientada, em uso de cateter de oxigênio e sem esforço respiratório. Exames laboratoriais com bicitopenia Hb:8.2 Plaquetas:72 mil, aumento de provas inflamatórias e hipoalbuminemia. Ao exame físico paciente apresenta linfonodomegalias em região cervical, axilar e inguinal, linfonodos com 2cm em seu maior diâmetro, indolores a palpação e fibroelásticos, presença de hematoesplenomegalia, ausência de ascite e presença de lesões cutâneas em membros inferiores (manchas avermelhadas a róseas que coalescem em placas e são indolores). Realização de tomografia de tórax revelou linfonodomegalia em região mediastinal, cadeias paratraqueal superior direita, inferior direita e axilar e espessamento peribroncovascular sugestivo de Kaposi. Em endoscopia digestiva alta mucosa em fundo, corpo e antro gástrico com numerosas pápulas e máculas violáceas, algumas com focos de erosão central, sugestivas de acometimento por sarcoma de Kaposi. Biópsia de linfonodo cervical com proliferação angiofolicular com linfócitos dispostos em camadas, associados à agregados plasmocitários e área de hialinização. Imunohistoquímica com alterações compatíveis com Sarcoma de Kaposi associado à Doença de Castleman, culturas negativas e pesquisa de HHV8 positiva na amostra. Diante de paciente estável optado por início de TARV e não realizado imunoterapia prontamente. Ao longo da evolução hospitalar paciente passa a apresentar piora clínica, necessidade de intubação por insuficiência respiratória, evolução com disfunção renal e choque refratário. Evolução com deterioração clínica progressiva e rápida, óbito dentro de algumas horas. **Conclusão:** A associação de doença de Castleman e Sarcoma de Kaposi no paciente HIV+ é extremamente rara, no caso relatado acima a paciente apresenta, além da concomitância entre as duas doenças, concomitância patológica das duas doenças na mesma biópsia de linfonodo cervical. Pela evolução do quadro clínico percebe-se que se trata de doença extremamente grave e de difícil manejo com prognóstico reservado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.183>

DESAFIO NA CONDUTA DO LINFOMA DE BURKITT REFRATÁRIO EM REMISSÃO APÓS TRATAMENTO DE 2 LINHA

AA Hofmann, T Callai, EW Corrêa, V Predebon,
RS Ferrelli, VR Siqueira, CK Weber, XH Condori,
DH Catelli, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil