

LINFOMA DE HODGKIN

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DE HODGKIN

MMP Castro ^a, MBF Pimenta ^b, MBDC Freire ^b, LHC Fernandes ^a, LCD Cruz ^c, MACF Fernandes ^a, HMG Souza ^c, MBF Pimenta ^b, PHCO Almeida ^a, MBF Pimenta ^b

^a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil

^b Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, PB, Brasil

^c Hospital Napoleão Laureano, João Pessoa, PB, Brasil

Introdução: Os linfomas são tumores do tecido linfoide, caracterizados pelo predomínio do acometimento de linfonodos e/ou localidades extranodais. São subdivididos em dois grandes grupos principais, o Linfoma não Hodgkin e o Linfoma de Hodgkin (LH). O LH tem como manifestações clínicas mais comuns linfonodomegalia mediastinal ou periférica e sintomas B. Raramente, pode associar-se a anemia hemolítica autoimune (AHAI). Em alguns casos, entretanto, a AHAI será o primeiro ou até mesmo o único achado clínico dos linfomas, sendo importante a identificação dessa entidade clínica como sinal de doença linfoproliferativa. **Metodologia:** Relato de caso de um paciente com Anemia hemolítica autoimune como primeira manifestação do linfoma de Hodgkin. **Relato de caso:** Paciente masculino, 19 anos, admitido em serviço de referência em hematologia com quadro de febre persistente, adinamia, anemia com necessidade de suporte transfusional, sintomas iniciados há 2 meses. Ao exame físico: Hipocorado 3+/4, subicterico, taquidispneico, com adenomegalias em cadeias cervicais bilaterais. Negou comorbidades, uso crônico de medicações, etilismo, tabagismo ou exposição a drogas ilícitas. Hemograma admissional evidenciava anemia e Coombs direto positivo. Tomografias computadorizadas de pescoço e tórax mostravam conglomerado linfonodal bilateral nas cadeias cervicais e axilares. sorologias foram negativas para (HIV, HTLV, HCV, HBV, CMV IgM, Toxo IgM, EBVIgM e VDRL) citomegalovírus IGG (CMV) e Epstein Barr vírus (EBV) reagentes. Foram realizadas biopsia de medula óssea e de linfonodo cervical, confirmando diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clássico. Foi instituído tratamento com metilprednisolona e manutenção com prednisona 60 mg/dia, com resposta satisfatória e redução da necessidade transfusional. Com o início do tratamento específico do linfoma, o paciente mantém bom controle da doença, em desmame da corticoterapia e normalização do hemograma. **Conclusão:** A AHAI é considerada uma apresentação rara no LH, sendo mais associada, em conjunto com outras entidades clínicas autoimunes ao linfoma não Hodgkin e a leucemia linfoide crônica. A sua presença ao diagnóstico pode indicar doença avançada e pior prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.622>

LINFOMA DE HODGKIN

JM Lopes

Centro Universitário Geraldo Di Biase, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Os linfomas podem ser classificados em linfomas não-Hodgkin e do tipo Hodgkin, eles são uma proliferação neoplásica de um dos tipos das células do tecido linfopoiético-reticular. Se caracterizam por proliferações clonais de linfócitos T, linfócitos B (mais frequentes) ou de células reticulares os linfomas não-Hodgkin (LNH). Já o linfoma de Hodgkin, que é o objeto deste resumo, também chamado de doença de Hodgkin, é visto como um linfoma maligno, pelo fato de se classificar como, uma doença proliferativa dos tecidos linfoides. A classificação e definição de estadiamento dos linfomas de Hodgkin mais utilizada atualmente é a rotina de estadiamento proposta na conferência de RYE, que classifica a doença em quatro estágios. O linfoma de Hodgkin apresenta como elemento patognomônico a célula de Reed-Sternberg, além de grande variedade de aspecto histopatológico, sendo classificado em quatro tipos, de acordo com Rye: Predominância linfocitária (PL), Esclerose nodular (EM), Celularidade mista (CM) e Depleção linfocitária (DL). Porém, alguns casos não se enquadram em nenhum dos quatro tipos clássicos, ficando inclassificáveis. A doença de Hodgkin afeta principalmente adultos jovens ou de meia idade e incide mais nos indivíduos do sexo masculino e da raça branca. É rara na infância, mas por volta da puberdade, a incidência aumenta rapidamente, e, sobre sua etiologia, têm-se algumas teorias mais aceitas atualmente, como, por exemplo, a proliferação do clone maligno, história anterior a algumas patologias relacionadas à imunodeficiência e alterações cromossômicas. A queixa inicial mais frequente é um aumento progressivo não doloroso de um ou mais linfonodos periféricos geralmente no pescoço, mas o paciente pode não apresentar nenhuma outra queixa ou pode ter sintomas sistêmicos referentes a doenças – febre, sudorese noturna ou perda de peso; às vezes se descobre linfadenopatia, hepatomegalia, esplenomegalia ou uma associação desses achados no exame físico. Os principais exames laboratoriais realizados são: a biópsia de linfonodo, biópsia de medula óssea, hemograma, entre outros. Dependendo do estágio, a doença tem cura, e seu tratamento baseia-se em quimioterapia, radioterapia e no transplante de medula óssea.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.623>

LINFO-HISTIOCILOSE HEMOFAGOCÍTICA EM PACIENTE HIV+ COM LINFOMA DE HODGKIN

NN Kloster, RDA Conserva, ACP Silva, FAM Oliveira, VLP Figueiredo

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