

## LINFOMA DE HODGKIN

## ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE LINFOMA DE HODGKIN

MMP Castro<sup>a</sup>, MBF Pimenta<sup>b</sup>, MBDC Freire<sup>b</sup>, LHC Fernandes<sup>a</sup>, LCD Cruz<sup>c</sup>, MACF Fernandes<sup>a</sup>, HMG Souza<sup>c</sup>, MBF Pimenta<sup>b</sup>, PHCO Almeida<sup>a</sup>, MBF Pimenta<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil

<sup>b</sup> Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, PB, Brasil

<sup>c</sup> 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 biópsia 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

**Relato de caso:** Masculino, 36 anos, HIV positivo desde 2011, iniciou tratamento em junho de 2019 com TDF/ 3TC+DTG, apresentando carga viral indetectável nos exames subseqüentes. Em 2022 iniciou quadro astenia, sudorese noturna, emagrecimento, febre aferida em 38 a 39°C, linfonodomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, citopenias graves (Hb = 4,6 g/dL, Leucócitos = 160/mm<sup>3</sup>) e ferritina >7.500 ng/mL. Foi realizada biópsia excisional de linfonodo cervical, anátomo-patológico compatível com Linfoma de Hodgkin (LH) clássico Esclerose Nodular. Foram descartadas doenças infectocontagiosas, realizado estudo medular que demonstrou presença de macrófagos ativados, fagocitando hemácias e outras células nucleadas da medula óssea, corroborando o diagnóstico de síndrome hemofagocítica. Iniciado tratamento com dexametasona, com melhora das citopenias, e posteriormente iniciado quimioterapia com esquema ABVD. Atualmente paciente realizando último ciclo de quimioterapia, com boa evolução clínica e resposta terapêutica. **Introdução:** A Linfo-Histiocitose Hemofagocítica (LHH) é uma condição clínica rara e grave, decorrente de hiperestimulação do sistema imunológico. Ela pode ser subdividida em causas primárias e secundárias. A LHH primária decorre de uma desordem genética que leva à disfunção das células NK. Já na LHH secundária, mais comum nos adultos, ocorre uma hiperativação dos macrófagos devido a um fator predisponente, como malignidade, doenças autoimunes e algumas infecções virais como EBV. **Discussão:** A incidência de doenças linfoproliferativas é maior em pacientes com HIV, sendo mais comum o linfoma não-Hodgkin (LNH), mas também com maiores chances de desenvolver LH. Paralelamente a isso, sabe-se que os linfomas são um gatilho importante para o desencadeamento de síndrome hemofagocítica. Em um estudo de coorte retrospectiva, 78 pacientes com HIV foram estudados, nos quais 6 evoluíram com LHH, dos quais 3 tinham Linfoma de Hodgkin. Esse estudo demonstrou maior relação da LHH em pacientes com HIV e linfoma, sendo o LH o grupo mais frequentemente acometido. Em outra coorte que avaliou pacientes adultos com LHH foi observado que 57% dos pacientes apresentavam uma doença hematológica de base, dentre os quais os LNH foram a causa mais comum e os LH representaram 11% dos casos. Casos semelhantes como o presente são relatados na literatura, presumindo correlação da LHH, doenças linfoproliferativas e contagem de CD4+. A base do tratamento nesses casos são corticoide e quimioterapia, porém devido a gravidade dos pacientes no momento do diagnóstico, esquemas quimioterápicos mais intensos muitas vezes não são possíveis, o que pode comprometer a resposta ao tratamento, e aumentar o risco de óbito. **Conclusão:** Doenças linfoproliferativas, em especial o Linfoma de Hodgkin, estão associadas a maior risco de desenvolvimento de LHH em pacientes HIV+. Nosso caso demonstra a importância da investigação de citopenias graves em pacientes HIV+, a qual a LHH deve fazer parte dos diagnósticos diferenciais.

## DERMATITE FLAGELADA INDUZIDA POR BLEOMICINA EM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN: RELATO DE CASO

SN Ravazoli<sup>a</sup>, PB Assis<sup>a</sup>, AFA Santana<sup>b</sup>,  
IC Scharff<sup>c</sup>, WF Silva<sup>c</sup>, GC Marques<sup>b</sup>,  
JGR Ferreira<sup>b</sup>, DB Soares<sup>a</sup>, MGA Oliveira<sup>a</sup>,  
IR Manzoli<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro Universitário Maurício de Nassau  
(UNINASSAU), Cacoal, RO, Brasil

<sup>b</sup> Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, RO,  
Brasil

<sup>c</sup> Hospital Regional de Cacoal (HRC), Cacoal, RO,  
Brasil

**Introdução:** O linfoma de Hodgkin (LH) caracteriza-se como um tumor originado no sistema linfático, oriundo da transformação clonal de células B em malignas, podendo se disseminar pelo sistema linforreticular. O diagnóstico é realizado por meio de exames laboratoriais, da biópsia de gânglios linfáticos e da medula óssea. O tratamento de primeira linha se dá pelo uso da Bleomicina, antibiótico glicopeptídico com atividade antitumoral, entretanto, tal fármaco possui efeitos adversos importantes que devem ser relatados, dentre eles a dermatite flagelada (DF), uma forma peculiar de hiperpigmentação de aspecto linear resultante do processo inflamatório. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente portadora de linfoma de Hodgkin com evolução para dermatite flagelada consequente ao tratamento com bleomicina. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma análise descritiva de um relato de caso e revisão bibliográfica a partir das bases de dados PubMed, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SciELO) e protocolos do Ministério da Saúde. **Relato de caso:** Paciente feminina de 35 anos, diagnosticada com linfoma de Hodgkin em tratamento inicial com protocolo ABVD, relata que após primeiro ciclo utilizando bleomicina surgiram lesões hipercrômicas e hiperqueratóticas, com espessura de pele aumentada nas extremidades, em mãos e pés. Relata que após tocar a mão em algum local inicia-se um prurido, com evolução com uma lesão escurecida, elucidando um diagnóstico de dermatite flagelada por bleomicina. Apresentou melhora das lesões com tratamento à base de dexametasona tópica e ureia 10%. Aos exames, PET-CT indisponível na unidade e com TC interin com massa mediastinal. Foi mantido o uso de bleomicina e realizado 4 ciclos para o tratamento do linfoma. Paciente com melhora dos sintomas e com plano para realizar exames complementares e acompanhamento com hematologista. **Discussão:** O metabolismo da Bleomicina, fármaco utilizado para o tratamento do LH, é realizado pela enzima hidrolase responsável pela produção de radicais livres que rompem as cadeias de DNA das células cancerígenas gerando morte celular. O acúmulo de hidrolases produz uma resposta inflamatória intensa que pode resultar em reações adversas como estomatite, mucosite, anorexia, pneumonite intersticial aguda ou crônica, fibrose pulmonar, hiperqueratose, alopecia, alterações do leito ungueal e a dermatite flagelada. Sob esse viés, a DF apesar de pouco documentada, é uma forma peculiar de hiperpigmentação de aspecto linear,