

com sintomas B, sendo essas duas características associadas a pior prognóstico. A avaliação da resposta ao tratamento foi feita por meio de PET/CT e 90.9% dos pacientes do grupo ABVD e 83.3% do grupo AVD apresentaram resposta completa. 9.1% do grupo ABVD e 20.8% do grupo AVD apresentaram refratariedade ou recaída, recebendo outras terapêuticas adequadas. Nenhum caso de recaída foi relatado após terceira linha. No grupo ABVD, a sobrevida livre de progressão em 3 anos foi de 95.4% e no grupo AVD de 78.8% ($p > 0.05$), o que corresponde a um risco 186% maior de progressão, recaída ou morte em pacientes tratados pelo esquema AVD em relação ao ABVD. A sobrevida global em ambos os grupos foi de 100%. **Discussão:** O estudo apontou diferença de sobrevida livre de progressão de 95.4% contra 78.8% em pacientes, respectivamente, com esquema ABVD e AVD. Essa diferença, apesar de estatisticamente insignificante devido ao tamanho amostral, levanta a hipótese de que a omissão da Bleomicina pode minimizar a eficácia do tratamento, trazendo maiores riscos de progressão, recaída e morte. No entanto, mesmo com essas consequências, todos os pacientes foram eficazmente manejados com as terapias de resgate, com sobrevida global (em 3 anos) de ambos os grupos igual a 100%. **Conclusão:** O estudo aponta que a omissão da Bleomicina do regime ABVD pode gerar desfechos negativos para o paciente. Com a excentricidade da situação de indisponibilidade da Bleomicina no Brasil, o estudo apresenta relevância e pode ser base para trabalhos mais amplos, com expansão da coleta de dados do tratamento de LHc nos serviços de saúde brasileiros.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.636>

USO DO PROTOCOLO R-GEMOX COMO OPÇÃO TERAPÊUTICA PARA O TRATAMENTO DE LINFOMA DE HODGKIN, SUBTIPO PREDOMINÂNCIA LINFOCÍTICA NODULAR: RELATO DE UM CASO BEM SUCEDIDO

GH Silveira, ALRAC Sipolatti, GDC Spelta, RR Lima, GBG Oliveira, CC Stanzani, O Baiocchi, P Bachour

Hospital Meridional, Vitória, ES, Brasil

Introdução/Objetivos: Relato de caso de linfoma raro, que foi tratado com protocolo nunca utilizado anteriormente para este tipo de neoplasia. Com o sucesso do tratamento, nosso objetivo é colaborar com a comunidade médica, enriquecer a literatura e trazer novas alternativas terapêuticas para os pacientes. **Material e métodos:** Coleta dos dados clínicos na Unidade de Hematologia do Hospital Meridional e levantamento em prontuário das provas laboratoriais, exames especializados e revisão do tema na literatura. **Resultados:** Paciente hoje com 73 anos, em maio/2012 teve o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) IISB IPI=2. Recebeu 8 ciclos de R-CHOP + radioterapia, finalizando o tratamento em 21/03/13 com remissão completa da doença. No fim de 2021 suspeitou-se de recidiva do LDGCB. Foi realizada nova biópsia de linfonodo abdominal, porém em 07/02/22 definiu-se o diagnóstico como linfoma de Hodgkin não clássico,

subtipo predominância linfocítica nodular (LHPLN), estágio IV. **Discussão:** Como o LHPLN é o subtipo histológico mais raro do linfoma de Hodgkin (LH), não existe consenso sobre a melhor terapia nos estádios avançados. O protocolo ABVD é comumente aplicado como extrapolação da literatura do LH clássico, contudo, há relatos de que a recidiva com o ABVD é alta, com maior eficácia observada em regimes que contenham agentes alquilantes. A escolha da nova terapia foi um desafio, pois a paciente já havia recebido a dose máxima de antraciclina no tratamento anterior. Além disso também já havia usado agente alquilante e doses adicionais poderiam predispor à mielodisplasia e leucemia mieloide aguda. Por ser idosa e frágil, também não era candidata a transplante de medula óssea. Optamos pelo protocolo R-GemOx (rituximab, gencitabina e oxaliplatina) que, pela nossa revisão da literatura, nunca havia sido utilizado no tratamento de LHPLN, porém tem eficácia comprovada contra linfomas não Hodgkin de células B, com perfil de toxicidade bastante aceitável. Nesse tipo de linfoma, em casos refratários ou recidivados, a taxa de resposta global variou entre 61 a 83% e taxa de resposta completa foi de 44 a 50%, com taxa de sobrevida livre de eventos em 2 anos de 43% e sobrevida global de 66%, respectivamente, sobrevida livre de progressão em 42 meses de 28%, com sobrevida global de 37%. Também demonstrou boa ação no controle do linfoma de Hodgkin clássico com taxa de resposta global de 71% e completa de 38%. Dessa forma, a paciente recebeu 8 ciclos de R-GemOx entre 18/03/22 a 12/08/22 e obteve resposta completa que se mantém até a presente data. **Conclusão:** A paciente foi tratada com sucesso com protocolo de imunoquimioterapia nunca relatado anteriormente para esse tipo de neoplasia, com resultado animador. Assim, acreditamos que nossa contribuição possa ajudar comunidade médica e outros profissionais ao se depararem com casos semelhantes e servir como hipótese para realização de estudos prospectivos mais robustos que possam definir o melhor tratamento do LHPLN.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.637>

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS DA DOENÇA DE HODGKIN EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RECIFE

RGM Teixeira, MFH Costa, MCB Correia

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

Introdução: A doença de Hodgkin (DH) caracteriza-se por ser uma malignidade dos linfócitos B, que se tornam grandes, multinucleadas, com duplo núcleo e inseridos em um microambiente rico em elementos figurados do sistema imune e seus efetores. A doença ainda tem sua etiologia desconhecida, porém é postulado que o vírus Epstein barr cumpra algum papel na sua patogênese. Com relação a estudos populacionais que elencam características clínicas do curso da doença, é presente no meio científico dados acerca de populações com ancestralidade europeia, população europeia e estadunidense propriamente dita e algumas referências

nacionais que se limitam a análise de dados das regiões sul e sudeste do país, o que deixa a desejar no tocante ao estudo populacional de características clínicas e epidemiológicas em uma amostra que não seja esta. Sendo assim, o presente estudo se assenta no pragmatismo e na objetividade e se debruça sobre a análise de dados epidemiológicos da doença de Hodgkin em um hospital universitário na região metropolitana do Recife, tendo por objetivo definir aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes diagnosticados com linfoma de Hodgkin que foram admitidos e tratados no Hospital das Clínicas da UFPE, caracterizando os achados histológicos ao diagnóstico, determinando as características epidemiológicas e clínicas, caracterizando os tratamentos realizados nos pacientes, definindo os pacientes com refratariedade, definindo os pacientes encaminhados a transplante de medula óssea e analisando os desfechos clínicos após o tratamento. Este é um estudo observacional, transversal, descritivo e retrospectivo, de todos os pacientes com diagnóstico de DH atendidos e acompanhados no Serviço de Hematologia do HC - UFPE de janeiro de 2017 a agosto de 2021. Os dados clínicos de cada paciente foram coletados, retrospectivamente, através dos registros médicos dos prontuários do serviço (físico e eletrônico) durante o atendimento nos ambulatórios e das enfermarias. A amostra dos pacientes é composta por todos os pacientes adultos atendidos no ambulatório de Hematologia e tratados na enfermaria de onco-hematologia do HC-UFPE portadores de DH e que se enquadram nos critérios de inclusão e sendo excluídos os pacientes de acordo com os critérios de exclusão. **Resultados/ Discussão:** Foi encontrado que a maior incidência da doença é na terceira e quarta década de vida, com uma idade média de diagnóstico de 39 anos, de distribuição unimodal. Doença acomete mais o sexo feminino, de situação econômica inativa. A mortalidade geral desses pacientes ficou em 15%. 35% tiveram recidiva da doença e 50% obtiveram remissão. Apenas 10% dos pacientes foram encaminhados para transplante de medula óssea na modalidade de autólogo. 40% dos pacientes realizaram, no primeiro momento das fases do tratamento, o esquema quimioterápico sem bleomicina, diante da falta de abastecimento nacional. Destes, a distribuição de pacientes que atingiram remissão de doença contra pacientes que tiveram recidiva 50%, igual em ambos os cenários, contra uma diferença de 29% em relação aos pacientes que realizaram esquema com a bleomicina inicialmente. 100% dos pacientes apresentaram linfonodomegalia palpável no momento do diagnóstico histológico e 100% dos pacientes obtiveram diagnóstico com o método correto: análise histológica. Com relação a toxicidade e efeitos adversos relacionados ao tratamento, foi encontrado que 42,5% dos pacientes apresentaram neutropenia febril, 17,5% apresentaram pneumonia, 20% apresentaram cardiotoxicidade e 10% apresentaram lesão renal aguda. Óbito foi um desfecho incomum, acometeu 10% dos pacientes. Não foi encontrada menção à presença de agentes virais (HTLV, HIV, Epstein barr etc) em prontuários.

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LINFOMA DE HODGKIN EM PACIENTE HIV

JC Faccin, ACB Edir, CC Miranda, GRO Medeiros, I Menezes, IS Barbosa, MDC Gonçalves, M Castro, CBDS Sola, SK Nabhan

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Objetivo: Relatar um caso incomum de linfoma de Hodgkin em um paciente com HIV. **Caso clínico:** Paciente masculino de 32 anos, portador de HIV desde 2014, em tratamento irregular, procura atendimento por febre, prostração e perda ponderal há 1 mês. Iniciado tratamento para tuberculose após identificação de nódulo pulmonar em tomografia de tórax e teste rápido fracamente positivo na urina. Admitido no nosso serviço em vigência do esquema RIPE e após tratamentos empíricos para citomegalovírus e histoplasmose. Ao exame físico encontrava-se hipocorado, icterico, com baço à 3 cm do rebordo costal além de linfonodo palpável em cadeia cervical (1 cm), axilar direita (1,5 cm) e inguinais bilaterais (1,5 cm). Laboratorialmente, havia pancitopenia com reticulocitopenia, hiperbilirrubinemia direta, aumento de canaliculares e RNI prolongado. Foram substituídas drogas com potencial hepatotóxico e realizadas tomografias, as quais evidenciaram dois nódulos com calcificações periféricas, linfonodomegalia infracarinal hilar à direita (1,2 cm), axilar direita (1,4 cm) e esquerda (1,1 cm) além de esplenomegalia homogênea (17 cm). Realizada biópsia de um dos nódulos pulmonares com resultado inconclusivo. Na avaliação medular, o mielograma e a imunofenotipagem tinham alterações de aspecto reativo e anatomopatológico foi dito hiper celular para idade com grau leve de fibrose além de pesquisa de germes, fungos e BAAR negativas. A imuno-histoquímica revelou proliferação celular atípica focal com presença de raras células de reed-sternberg positivas para CD30 e focalmente para CD15, sugestivo de infiltração medular por linfoma de Hodgkin. O PET-CT apresentava discreto aumento do metabolismo em linfonodos acima e abaixo do diafragma (SUV máx de 3,2 em linfonodo axilar), baço e medula óssea (SUV máx de 4,4) e moderado aumento do metabolismo no canal anal, provavelmente inflamatório (SUV máx de 5,2). Diante das linfadenomegalias pequenas em conjunto com a pancitopenia exuberante e as poucas células de Hodgkin identificadas apenas após revisão de lâmina da medula óssea, optou-se por nova biópsia visto a necessidade de diagnóstico diferencial com doenças oportunistas relacionadas ao HIV. O anatomo-patológico e a imuno-histoquímica do linfonodo axilar descreveram proliferação linfóide atípica compatível com linfoma de Hodgkin clássico, subtipo celularidade mista, tendo sido iniciado tratamento com ABVD por seis ciclos. **Discussão:** Dentre as neoplasias não definidoras de AIDS, o linfoma de Hodgkin é o mais prevalente. Os pacientes com HIV têm risco aumentado de desenvolver a doença comparados à população geral. Também estão mais comumente associados à doença avançada no momento do diagnóstico, locais incomuns de manifestação e pior evolução. A maioria dos pacientes apresenta linfadenomegalia supra diafragmática e sintomas