

Pesquisa (CEP) em seres humanos. Os dados foram analisados pelo *software* Google Planilhas. Na avaliação da mortalidade, os dados foram agrupados conforme CID-10 (CID-C81), com seleção dos CIDs de interesse no Atlas de Mortalidade por Câncer (Modelos 1, 2 e 10). Admitiu-se, para análise das frequências de mortalidade, os números absolutos de óbitos/ano e sua distribuição por faixa etária. **Resultados e discussão:** Pacientes do sexo masculino (59,9%), tiveram maior propensão a desenvolver o LH do que mulheres, na faixa etária de 15-29 anos, com maior expressão entre 30-39 e 60-69. A porcentagem de óbitos (relativas ao total de mortes por neoplasias) diminuiu 66,9%, saindo de 0,68% (0,86% homens, 0,5% mulheres) para 0,225% (0,24% homens, 0,21% mulheres), desde 1979. Perfil Médio de Mortalidade (PMM): Evoluíram a óbito homens entre 40 a 49 anos. **Conclusão:** Nossos resultados apontam para maior prevalência do LH em homens jovens de 15 a 29 anos. A redução proporcional de óbitos poderia sugerir avanços significativos no diagnóstico e tratamento pertinentes. No entanto, o aumento absoluto de óbitos na última década alerta para investigação adicional sobre o que levou a esta tendência. A persistência de números constantes de óbitos até 2011 e aumento nos anos subsequentes, deveria abordar fatores socioeconômicos, ambientais e/ou genéticos para esta mudança. Há indicativo positivo, pela queda proporcional, de que esforços diagnósticos & terapêuticos têm sido mais eficazes. PMM apontou para homens de 40 a 49 anos, o que demanda políticas de Saúde Pública mais incisivas, como programas de rastreamento em grupos de risco e campanhas de conscientização sobre os sinais e sintomas do LH, evitando-se diagnósticos tardios o que favoreceria tratamentos mais eficazes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.356>

LINFOMA DE HODGKIN E TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: RELATO DE CASO E DESAFIO DIAGNÓSTICO

LLASM Correia, BB Arnold, ALC Gaspar,
RO Coelho, BB Cal, ME Pelicer, MAC Rodrigues,
LN Melo, TSP Marcondes, RD Gaiolla

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de
Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Botucatu, SP, Brasil

Introdução: O Linfoma de Hodgkin (LH) caracteriza-se histologicamente pela presença de raras células neoplásicas em meio a abundante infiltrado inflamatório. Este achado reflete os principais mecanismos envolvidos na sua fisiopatologia, como secreção elevada de citocinas no microambiente tumoral (ex., IL-10, TGF- β) e modulação da resposta celular, com inibição de células T citotóxicas e estímulo de células T regulatórias. Tais alterações favorecem o escape imune tumoral, mas levam a prejuízo na resposta imune adaptativa aumentando o risco de infecções oportunistas. **Objetivo:** Relatar diagnóstico simultâneo incomum de LH e Tuberculose Extrapulmonar (TB). **Relato:** Mulher, 65 anos, previamente hígida, há 4 meses evoluindo com rebaixamento no nível de consciência, confusão mental, desorientação, parestesia,

hiporexia e síndrome consumptiva. À admissão, notada anasarca, sarcopenia, esplenomegalia discreta e linfonodos (LN) inguinais bilaterais palpáveis, de até 1 cm; pancitopenia e reação leucoeritroblástica ao esfregaço de sangue periférico. Às tomografias: adenomegalias retroperitoneais e lesões nodulares hipodensas em baço e fígado. Encéfalo sem alterações. Mielograma com parênquima preservado qualitativamente, sem dispoese, estroma reativo, predomínio histiocitário; à Biópsia de Medula Óssea (MO), 3 granulomas epitelioides, Bacilos de Koch em moderada quantidade e coloração de Ziehl-Neelsen positiva, consistente com TB. Líquor e sorologias negativos. Optado por core-biopsy de LN inguinal para diagnóstico diferencial: LH clássico. Iniciado esquema RIPE e após 10 dias, visto prurido intenso atribuído ao LH, refratário a sintomáticos, optou-se por iniciar quimioterapia com esquema AVD (Doxorrubicina, Vimblastina e Dacarbazina), sem Bleomicina devido à idade. Pela Neurologia, após excluídas outras etiologias, os sintomas neurológicos foram interpretados como síndrome paraneoplásica, em recuperação progressiva com o tratamento do LH. **Discussão:** TB possui alta incidência e significativa morbimortalidade no Brasil (80 mil casos novos/ano, sendo 5,5 mil óbitos). Imunossuprimidos podem apresentar clínica inespecífica e formas atípicas da infecção, como extrapulmonar, inclusive que mimetizam e se sobrepõem a Doenças Linfoproliferativas - sendo essencial adequado estudo anatomopatológico. Nos diagnósticos simultâneos de TB à outra condição, prioriza-se iniciar tratamento para o bacilo (esquema RIPE) por 2-4 semanas e, depois, abordar a outra patologia envolvida, embora no contexto de neoplasias com indicação de quimioterapia (QT) o intervalo ideal não está bem estabelecido na literatura. Iniciamos QT precocemente pela gravidade sintomatológica associada ao LH, com resposta clínica favorável e sem toxicidade adicional. Deve-se atentar ao correto estadiamento do câncer para seu tratamento otimizado, visto diagnósticos sobrepostos trazerem esse desafio adicional. Ressalta-se a manifestação paraneoplásica neurológica da paciente, rara no LH, com neuropatia sensitivo-motora e paraparesia, uma vez que as manifestações neurológicas mais descritas são a degeneração cerebelar e a encefalite límbica. **Conclusão:** O duplo diagnóstico relatado se fez possível pela alta suspeição e investigação de múltiplos sítios (MO e linfonodo). Algo que deve ser considerado na prática clínica, sobretudo diante de casos atípicos como este, permitindo tratamento adequado precoce e melhor desfecho clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.357>

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, IMUNOHISTOQUÍMICO E DE RESPOSTA AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM LINFOMA DE HODGKIN

MS Assis^a, VS Jesus^a, JB Nogueira^b,
BAR Santana^a, JLJ Santos^a, KLA Santos^a,
NL Silva^a, LCD Alves^a, IO Silva^a,
DM Schimieguel^a

^a Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju,
SE, Brasil