

Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

Introdução: O Linfoma de Burkitt é uma neoplasia hematológica altamente agressiva derivada de células B, marcada pela translocação do gene MYC no cromossomo 8. Suas formas incluem a endêmica, a esporádica e a associada à imunossupressão, como em pacientes com HIV. O linfoma de Burkitt tem uma prevalência 10 vezes maior em indivíduos HIV positivos do que na população geral, sendo uma condição definidora de AIDS. A patogênese envolve imunossupressão crônica, permitindo proliferação descontrolada das células B e reativação do EBV, que frequentemente é latente em pacientes com HIV. A apresentação clínica pode variar, incluindo linfadenopatia generalizada, febre, perda de peso e envolvimento extranodal. O diagnóstico requer avaliação clínica, radiológica e confirmação histopatológica através de biópsia e imunohistoquímica. O tratamento envolve quimioterapia intensiva, além da gestão eficaz do HIV para melhorar a resposta imunológica e reduzir complicações infecciosas. **Relato do caso:** Paciente masculino, 28 anos, sem comorbidades, apresentou nódulo de 1 cm em região infraclavicular direita, que, em 7 meses, evoluiu progressivamente para uma massa palpável, com cerca de 20 cm, sem sinais flogísticos, pétreo, imóvel e indolor. Paciente nega febre, sudorese noturna ou emagrecimento durante o período. Tomografia computadorizada (TC) de Tórax e Pescoço evidenciou conglomerado linfonodal infraclavicular à direita (13 × 7 cm) de aspecto suspeito para doença linfoproliferativa. Realizada biópsia percutânea da massa, cujo histopatológico identificou uma neoplasia maligna com imunorreatividade para os marcadores CD20, BCL6, CD10, cMYC e Ki-67 (> 95%) na imunohistoquímica, compatível com Linfoma não-Hodgkin de células B, tipo Burkitt. Concomitantemente, realizou investigação para HIV, com Teste de Antígenos e Anticorpos reagente para HIV-1 e HIV-2, e Imunoblot rápido reagente para HIV-1. Realizada a investigação de TB pelo LF-LAM com resultado não reagente, análise líquórica sem alterações, dosagem de Carga Viral em 161 mil cópias e Contagem de CD4 em 295 céls/mm³, sendo iniciada a Terapia Antirretroviral com Lamivudina, Tenofovir e Dolutegravir. A Biópsia de Medula Óssea não evidenciou infiltração por Linfoma. Iniciado quimioterapia com o protocolo CODOX/IVAC, que cursou com redução considerável da massa com cerca de 1 semana de tratamento, levando a significativa melhora clínica. **Conclusão:** Este caso discute uma doença rara, que representa 1-2% dos linfomas não-Hodgkin em adultos, e enfatiza a necessidade de uma abordagem integrada no manejo do Linfoma de Burkitt associado ao HIV. A detecção precoce e o tratamento quimioterápico são essenciais devido à natureza agressiva do linfoma. Deve-se destacar ainda a associação de anticorpos monoclonais, que aumenta as taxas de remissão, mas ainda tem acesso limitado no Sistema Único de Saúde. A ausência de infiltração medular e a resposta positiva ao tratamento destacam a eficácia do protocolo para linfomas de alta agressividade e a importância do controle eficaz da AIDS para melhorar a sobrevida. O manejo adequado da infecção por HIV, incluindo monitoramento da carga viral e contagem de CD4, juntamente com quimioterapia intensiva, é crucial

para melhorar os desfechos clínicos e otimizar estratégias para pacientes com doenças malignas associadas ao HIV.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.370>

RELATO DE CASO: LINFOMA DE HODGKIN EM PACIENTE COM INFECÇÃO POR HTLV-1

LHL Bastos^a, BC Almeida^a, JA Kitano^a,
DC Smielewski^a, RCA Carvalho^a, KS Macedo^a,
RG Oliveira^a, LA Lomonaco^{a,b},
ADM Alexandre^{a,b}, TCP Pinheiro^{a,b}

^a Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil

^b Fundação Hospital Estadual do Acre (Fundhacre), Rio Branco, AC, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia linfoproliferativa com células de Reed-Sternberg, frequentemente manifestando-se com linfadenopatia indolor, febre, suores noturnos, perda de peso e prurido. O subtipo esclerose nodular é comum em jovens adultos. Infecções por HTLV (vírus linfotrópico humano), incluindo o HTLV-1 e o HTLV-2, estão associadas a doenças linfoproliferativas e distúrbios hematológicos. O HTLV-1 é bem estabelecido na relação com leucemias e linfomas de células T, enquanto o impacto do HTLV-2 no linfoma de Hodgkin é menos claro. Este caso explora a coexistência de linfoma de Hodgkin com infecções por HTLV-1 e HTLV-2 e seus possíveis efeitos na apresentação e manejo da doença. **Relato de caso:** Paciente de 43 anos foi encaminhada à Hematologia em 07/03/2024 com linfonodos aumentados na região cervical bilateralmente com quadro iniciado há 1 ano. Cerca de 8 meses depois, começou a apresentar tosse seca diária e febre diária associado a anorexia e emagrecimento nos últimos 2 meses. O exame físico revelou linfonomegalia cervical esquerda (o maior linfonodo com 3 cm) e também linfonodos supraclaviculares e cervicais anteriores à direita. A paciente tinha pancitopenia e velocidade de hemossedimentação elevada (> 140 mm). As sorologias para HTLV-1 foram positivas. Tomografias de tórax e pescoço (TC) mostraram linfonomegalia mediastinal e supraclavicular, sendo o maior de 9,5 × 7,3 cm. A tomografia abdominal revelou hepatomegalia homogênea e linfonodos periaórticos proeminentes, sugerindo indicando estadiamento avançado. A biópsia do linfonodo cervical esquerdo confirmou linfoma de Hodgkin tipo esclerose nodular e biópsia de medula óssea mostrou celularidade preservada e ausência de infiltração neoplásica. Indicado tratamento com ABVD (doxorubicina, bleomicina, vincristina e dacarbazina), com 3 ciclos completados até 23/07/2024, com exames de imagem mostrando remissão parcial de doença e, em programação para troca de protocolo e tratamento. **Discussão:** A associação entre linfoma de Hodgkin e infecção por HTLV é menos estudada comparada aos linfomas não-Hodgkin, onde o papel do HTLV-2 é mais reconhecido. O HTLV-1 está associado a leucemias e linfomas de células T, mas sua relação com linfoma de Hodgkin não é bem estabelecida. Embora o impacto do HTLV-2 em linfomas não-Hodgkin seja conhecido, sua influência no linfoma de Hodgkin está em processo de definição.

Esses vírus podem alterar o microambiente imunológico e promover proliferação celular descontrolada, possivelmente causando imunossupressão crônica. A relação entre HTLV-1 e HTLV-2 na patogênese do linfoma de Hodgkin requer mais investigação para entender como esses vírus afetam a imunidade linfática e a progressão das desordens linfoproliferativas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.371>

SÍNDROME DE RICHTER COM VARIANTE DE LINFOMA DE HODGKIN CELULARIDADE MISTA: UM RELATO DE CASO

VL Abreu^a, CP Batista^a, LB Saavedra^b,
GJ Almeida^a, JVFA Cordeiro^a, LM Salla^a,
ICR Diogo^a, E Bruno-Riscarolli^b, KG Frigotto^a,
VRGA Valviesse^a

^a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A Síndrome de Richter (SR) caracteriza-se pela transformação histológica da leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC) para uma forma mais agressiva de doença. Embora classicamente associada à transformação em linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B, a SR também pode evoluir para linfoma de Hodgkin, leucemia prolinfocítica, mieloma múltiplo ou leucemia linfoblástica aguda. A SR é relativamente rara, ocorrendo em 2 a 6% dos casos de LLC. A variante da SR que evolui para linfoma de Hodgkin (SRvLH) é ainda mais rara, representando apenas 5% dos casos de SR. Devido a sua raridade, há uma carência de informações detalhadas sobre sua fisiopatologia, comportamento clínico, tratamento e prognóstico. Este relato de caso tem como objetivo registrar o curso clínico, alterações nos exames complementares, tratamento e desfecho de um caso de SRvLH. **Apresentação do caso:** Paciente masculino, 61 anos, com diagnóstico de LLC estágio RAI II há 4 anos, sem indicação prévia de tratamento quimioterápico. O paciente estava em observação clínica, quando apresentou sintomas B (febre, perda de peso e sudorese noturna), além de nódulo cervical progressivo à esquerda, nódulos inguinais bilaterais e dor abdominal. Uma biópsia do nódulo cervical revelou linfoma de Hodgkin clássico de celularidade mista. Subsequentemente, surgiram nódulos nos antebraços bilateralmente. Foi iniciado tratamento quimioterápico (QT) com Adriblastina, Bleomicina, Vincristina e Dacarbazina (ABVD). Durante o terceiro ciclo de QT, o paciente desenvolveu lesões dermatológicas em membros superiores e inferiores, com prurido intenso e sangramento, levando a suspensão da Bleomicina pela suspeita de toxicidade dermatológica. Os exames laboratoriais mostraram leucocitose significativa ($308.100/\text{mm}^3$) com 76% de segmentados. A tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve revelou linfonodomegalias periportais junto ao tronco celíaco, retroperitoneais, pélvicas e inguinais bilaterais. Após a QT, houve melhora dos sintomas (regressão dos linfonodos e alívio do cansaço), porém anemia e

linfocitose persistiram. A tomografia por emissão de pósitrons (PET-TC) mostrou hipermetabolismo glicolítico em diversas linfonodomegalias e baço (Deauville 4), sugerindo atividade residual da doença linfoproliferativa. A TC cervical apresentou diversas linfonodomegalias esparsas. O paciente continua em acompanhamento, investigando a progressão da doença e a possibilidade de transplante de medula óssea. **Conclusão:** A Síndrome de Richter é uma entidade rara, principalmente quando a transformação acontece para Linfoma de Hodgkin de Celularidade Mista, cujas características clínicas e citogenéticas ainda não estão totalmente estabelecidas. A pesquisa de melhores tratamentos é necessária, considerando a possível toxicidade associada a QT de primeira linha. Este relato destaca a importância de documentar tais casos para contribuir com a literatura médica e aprimorar a abordagem diagnóstica e o tratamento dessa condição complexa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.372>

PANUVEÍTE BILATERAL RELACIONADA A LINFOMA DE HODGKIN: RELATO DE CASO

AL Emrich, FP Giacomel, ACSRS Almeida

Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON), Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin é uma neoplasia do sistema linfático que raramente cursa com sintomas oculares. Neste relato, apresentamos um caso raro de panuveíte bilateral relacionada ao Linfoma de Hodgkin, destacando a complexidade diagnóstica e a importância do tratamento adequado. **Descrição do caso:** Paciente masculino de 30 anos, previamente hígido, apresentou perda de ponderal e adeno-megalias difusas, com piora progressiva em dois meses. A biópsia do linfonodo cervical revelou linfoma de Hodgkin, variante esclerose nodular (ALK-, MUM1+, CD15+, CD30+, CD3+), com sorologia positiva para Epstein-Barr. Exames de imagem mostraram linfonodomegalias mediastinais, hilares, axilares, retroperitoneais e inguinais, além de lesão osteolítica mal delimitada no manúbrio esternal, configurando estadiamento IV B. O tratamento com protocolo ABVD foi iniciado sem intercorrências durante o primeiro ciclo. Antes do início do segundo ciclo de quimioterapia, o paciente apresentou hiperemia conjuntival súbita, borramento visual e diminuição da acuidade visual bilateral. Permaneceu internado com equipe de oftalmologia para investigação etiológica de panuveíte. Realizada tomografia de crânio e ressonância magnética de crânio, sem alterações. Sorologias para HIV, VDRL, HTLV, toxoplasmose, citomegalovírus e teste tuberculínico resultaram negativas. O exame de líquido, incluindo imunofenotipagem e pesquisa de herpes-vírus e BAAR, também foi negativo. Paciente foi encaminhado para avaliação reumatológica, que descartou lúpus, doença de Behçet e outras patologias reumatológicas. Assim, diagnosticou-se panuveíte bilateral associada ao linfoma de Hodgkin, por exclusão. O tratamento incluiu colírio de prednisolona tópica (1 gota a cada 6 horas), prednisona (40 mg por 30 dias) e continuação da quimioterapia com protocolo ABVD. Após quatro ciclos de tratamento, houve remissão total dos sintomas. **Discussão:** a uveíte é a