

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

inflamação que envolve o trato uveal (íris, corpo ciliar e a coróide), podendo envolver os tecidos adjacentes como o humor vítreo, retina e nervo óptico. Ocorre frequentemente em associação com outras doenças sistêmicas, imunomediadas ou infecciosas. Em uma revisão de literatura de 30 casos de pacientes com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin com manifestações oculares, a uveíte foi o diagnóstico mais prevalente, descrita em 21 pacientes, sendo que em 16 deles foram bilaterais com assimetria da inflamação. De todos estes casos, apenas quatro foram submetidos à biópsia de alguma porção do globo ocular, mas sem identificar invasão direta por malignidade. Os sintomas oculares podem se iniciar até mesmo antes do diagnóstico da doença, o que se torna um desafio diagnóstico ainda maior visto que algumas doenças como tuberculose, doença de Behçet e sarcoidose se tornam diagnósticos diferenciais que podem atrasar o tratamento. Em alguns casos, o uso de corticoide tópicos e/ou sistêmicos e tratamento quimioterápico ajudaram a reduzir a inflamação e recuperar a visão. **Conclusão:** Embora muito rara, a uveíte pode estar associada ao linfoma de Hodgkin, representando um desafio diagnóstico. A abordagem multidisciplinar e o tratamento rápido com corticosteroides e quimioterapia são cruciais para a remissão completa dos sintomas oculares, destacando a importância de uma avaliação abrangente em pacientes com manifestações oculares atípicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.373>

HODGKIN REFRACTÁRIO COM INFECÇÕES FÚNGICA, BACTERIANA E VIRAL: RELATO DE CASO

TR Evangelista, LGF Lima, ASA Silva, JO Vieira, MFH Costa, MP César, HC Moura, MC Araujo, AQMS Aroucha, MCDM Cahu

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: Linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia linfóide caracterizada pela proliferação de células neoplásicas, as células de Reed-Sternberg (RS), imersas em um substrato de aspecto inflamatório. O diagnóstico é estabelecido pela biópsia e imunohistoquímica (IHQ) e o tratamento com quimioterapia (QT), associado ou não à radioterapia e nos casos refratários, transplante de medula óssea. Reativação de citomegalovírus é mais comum em pacientes com linfoma submetidos a transplante de medula óssea. **Relato:** Mulher, 58 a, com lombalgia e sintomas B, evidenciada lesão osteoblástica com componente lítico em L1, sinais de fratura, aumento de partes moles ao redor desta vértebra e do volume do músculo psoas esquerdo, sendo sugerido lesão secundária ou processo infeccioso/inflamatório. Em biópsia de L1 foi evidenciado morfologia e IHQ compatíveis com LH clássico, subtipo celularidade mista. Em tomografias foi visualizado nódulos pulmonares com distribuição bilateral e difusa, linfonodomegalias mediastinais e retroperitoneais. Foi iniciado tratamento com o protocolo ABVD 6 ciclos, seguido de PET-TC, com Deauville 5. Nova biópsia, guiada por radio-intervenção, evidenciou LH clássico e optado por protocolo ICE de resgate

com PET-TC no D21C3, Deauville 5. Nesse contexto, a paciente compareceu ao serviço de urgência no D38 apresentando febre, tosse seca, dor ventilatório dependente, além de dores em epigástrio e em fossa ilíaca direita, leucocitose à custa de segmentados e PCR elevado. A TC de tórax da admissão mostrou surgimento de opacidades em vidro fosco inespecíficas, de aspecto inflamatório e redução dos múltiplos nódulos pulmonares. Após COVID-19 negativo e tratamento com meropenem, ampicilina, polimixina B, vancomicina e anfotericina B, febre diária com tosse seca e dor ventilatório dependente. Por dificuldade em realizar precoce a broncoscopia e possibilidade de febre neoplásica, decidiu-se iniciar protocolo GVD. Em D4 deste, a broncoscopia demonstrou duas lesões sugestivas de aspergilose na traquéia, sendo iniciado voriconazol com 14 dias de anfotericina B. Em cultura do lavado broncoalveolar (LBA) houve o crescimento de *klebsiella pneumoniae* sensível à piperacilina-tazobactam. A paciente manteve-se afebril após o início deste antibiótico. Em PCR qualitativo do LBA foi detectado citomegalovírus, sendo iniciado ganciclovir, conforme orientação da CCIH. **Discussão:** Os estudos mostram que o LH é refratário à terapia inicial em 10-15% dos casos. QT de resgate (ICE, GVD e DHAP) pode atingir resposta completa em mais de 50% destes. A neutropenia é efeito colateral conhecido do protocolo ICE, porém no caso relatado a paciente não apresentava neutropenia. Em pacientes com linfoma, cuja febre persiste, sem resolução com antibióticos, deve-se ter o alerta para infecções fúngicas e virais pulmonares. **Conclusão:** Trata-se de um raro caso de infecção invasiva e simultânea por bactéria, fungo e vírus após o período de neutropenia secundário à QT. Desse modo, deve-se demandar especial atenção à infecção por agentes atípicos em pacientes com linfoma.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.374>

LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO EM PACIENTE VIVENDO COM HIV: RELATO DE CASO

ASA Silva, MFH Costa, LGF Lima, ACC Lopes, JO Vieira, TR Evangelista, AQMS Aroucha, MCDM Cahu, VECB Dantas, MP Cesar

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: O Linfoma de Hodgkin clássico (LHc) é uma doença rara, com predileção por adolescentes e adultos jovens (15 a 39 anos). Até 90% dos recém-diagnosticados com LH podem ser curados com quimioterapia combinada e/ou radioterapia. É também uma das neoplasias hematológicas mais frequentes em pessoas vivendo com vírus HIV (PVHIV), sendo causa comum de mortalidade e merece especial atenção. **Relato:** Homem, 54a, há 3m iniciou quadro de dor abdominal em fossa ilíaca direita com tumor palpável, perda de peso (5 kg em 1 mês) e febre vespertina intermitente. Encaminhado para hospital terciário para investigação diagnóstica, tomografia com micronódulos pulmonares difusos em ambos os pulmões, indeterminados, várias linfonodomegalias mediastinais (medindo até 1,1 cm) e retroperitoneais, medindo até 2,1 cm em