

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 tumoração 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

cadeia ilíaca externa esquerda. Discreta hepatomegalia, esplenomegalia e espessamento parietal irregular de ceco e íleo distal, com densificação dos planos adiposos adjacentes e linfonodomegalias de permeio. Realizou broncoscopia com lesão vegetativa, de coloração branco-amarelada, sugestivo de granuloma, em mucosa da parede posterior da nasofaringe, traqueobronquite crônica. A biópsia de nasofaringe evidenciou granulomas supurativos e o teste rápido molecular para tuberculose foi positivo, em material de lavado broncoalveolar. Lesão de cólon e úlcera de reto biopsiadas por colonoscopia, anatomopatológico revelou lesões ulceradas em atividade com reação granulomatosa, além de colite crônica ativa leve, foram identificados vários bacilos álcool-ácido resistentes pela coloração de Ziehl-Neelsen, compatível com *Mycobacterium tuberculosis*. Iniciou tratamento para tuberculose disseminada conforme esquema padrão com Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol. Sorologias iniciais diagnosticaram HIV, com carga viral de 45 mil cópias/mL e CD4 123, sendo introduzido também terapia antirretroviral. Apesar de 2 meses de tratamento para tuberculose, linfonodomegalias persistiram em exames de imagem, e em exames laboratoriais bicitopenia apresentada em admissão, evoluiu para pancitopenia. Realizado mielograma com 20% de linfócitos e biópsia de medula óssea que evidenciou arquitetura alterada às custas de aglomerados celulares atípicos, com células linfoides e elementos celulares grandes, por vezes binucleados, perfil imunohistoquímico com expressão de CD15 e CD30, condizente com infiltração medular por Linfoma de Hodgkin forma clássica. Assim, foi iniciado esquema quimioterápico com Doxorubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina (ABVD). Atualmente, encontra-se em segundo ciclo de ABVD, segue tratamento para HIV com redução da carga viral para 184 cópias/mL, além de tratamento para tuberculose com esquema de manutenção com Rifampicina e Isoniazida (RI). **Discussão/ Conclusão:** Trata-se de um caso de paciente com diagnóstico de LHc, International Prognostic Score (IPS) 5 ao diagnóstico, e coinfeção por HIV e tuberculose. Existem algumas diferenças biológicas nestes pacientes, sendo sugerido maior agressividade e maior presença de sintomas b nos casos positivos para o vírus, com envolvimento de sítios extranodais (medula óssea, trato gastrointestinal). Alguns fatores de pior prognóstico são idade avançada, sexo masculino, raça não caucasiana, status econômico deficiente e subtipo histológico não definido. Os desafios associados ao tratamento do linfoma relacionado ao HIV derivam da infecção subjacente pelo HIV e efeitos imunossupressores.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.375>

CARACTERÍSTICA EPIDEMIOLÓGICA, DO LINFOMA DE HODGKIN NO BRASIL: INCIDÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

GG Paula^a, DRR Firmino^b, LFT Ribeiro^b, MSSM Akl^b, NCD Ribeiro^b, ALAG Franco^b, HSB Pinto^b, IMT Paula^c, LMT Paula^d, AV Pavan^d

^a Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Barueri, SP, Brasil

^b Universidade Paulista (UNIP), Santana de Parnaíba, SP, Brasil

^c Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC), Campinas, SP, Brasil

^d Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Linfoma de Hodgkin (LH), também denominado de Doença de Hodgkin, é subdividido em 2 categorias, baseadas na morfologia e no imunofenótipo: I - LH Clássico (LHc) compreende 90% dos LH e seus subtipos: Esclerose Nodular; Celularidade Mista; Rico em Linfócitos; Depleção Linfocitária e um segundo subtipo denominado de II - Predominância linfocítica Nodular que corresponde apenas < 05% dos LH com características morfológica e imunofenotípicas distintas do LHc. **Objetivos:** Este trabalho tem por objetivo analisar o comportamento epidemiológico quanto às características do LH no Brasil, assim como a respectiva distribuição geográfica. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo com base nos dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) quanto à incidência e à distribuição geográfica do LH no âmbito nacional. **Resultados:** Quanto aos aspectos analisados, o LH representa 0,5% dos tipos de câncer em geral e 14% de todos os linfomas. De acordo com KENNEDY B J (1998), a incidência do LH nos Estados Unidos da América responde por 0,7% de todos os novos casos de câncer, representando 7.400 novos casos por ano com uma taxa de mortalidade de 0,4 casos/100.000/ano na União Europeia. Conforme IARC 2013, a taxa anual de mortalidade padronizada por 100.000 casos de LH no mundo chegou a ser de 30.000,00, o que parece não ter se modificado até então. Ademais, o LH ocorre em qualquer faixa etária, entretanto, apresenta um predomínio na faixa etária jovem entre 15-35 anos, e cursa com uma curva de incidência bimodal nos países desenvolvidos, com o 1º pico aos 25 e o 2º aos 60 anos. O LH também apresenta discreta predileção pelo sexo masculino. No Brasil, segundo os dados do INCA, o LH ocupa o 20º lugar entre os tipos de cânceres mais comuns com risco estimado de uma taxa bruta de 1,40 novos casos/100 mil homens e 1,41/100 mil mulheres e para cada ano do triênio 2023 a 2025 estima-se um total 3.080 casos novos, 1.500 casos em homens e 1.580 em mulheres. **Discussão:** Ao se comparar os dados do INCA com os resultados observados na literatura, percebe-se que a maioria dos casos no Brasil são diagnosticados com doença avançada e 75% em estágio clínico EC: II bulky, III or IV, além disso, sabe-se que 20% apresentam comprometimento da medula óssea. Dentre o subtipo histológico mais comum, a esclerose nodular representa 60% dos casos, com uma alta concentração entre as idades de 20-30 anos e tempo entre os primeiros sinais e sintomas de aproximadamente sete meses. Quanto ao tratamento, 65% dos pacientes entram em remissão completa, 15% em remissão parcial e em média de 20% em progressão de doença utilizando regimes padrão de tratamento quimioterápico como o BEACOPP non-escalated ou ABVD. **Conclusão:** Com base nos dados do INCA e nos dados internacionais, os resultados refletem que a maioria dos casos, no Brasil, tem o seu diagnóstico em estágios avançados, isso altera não apenas o prognóstico da doença, como também impacta na