

ID - 1504

INSUFICIÊNCIA ADRENAL SECUNDÁRIA EM UM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN EM USO DE PEMBROLIZUMAB

CP Manzaneda Castillo, T Soares, J Martins,
J Plentz Portich, J Bayona Gazabon, G de Lima,
M Pinto Pereira, JP Moreira Dias da Silva,
LM da Rocha Silla, C Caceres Astigarraga

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O Linfoma de Hodgkin (LH) é uma doença com alto potencial de cura, aproximadamente 80%. No caso da doença refratária/recidivada, novas drogas vem sendo aplicadas ao tratamento, entre elas os inibidores de checkpoint imune (ICIs), como Pembrolizumab e Nivolumab, especialmente em pacientes ineleáveis ao transplante autólogo de medula óssea. Recentemente, estudos vêm mostrando potencial de uso dos ICIs em primeira linha, em associação com quimioterapia. Alguns efeitos adversos relacionados ao uso dos ICIs vem ganhando notoriedade, dentre eles, efeitos endocrinológicos como a insuficiência adrenal (IA). Os ICIs, ao restaurarem a atividade imune antitumoral, também podem desencadear eventos imunomediados que afetam múltiplos órgãos. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de efeito adverso raro secundário ao Pembrolizumab, cujo uso vem se tornado cada vez mais comum na prática da onco-hematologia. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 73 anos, foi diagnosticado em 2021 com LH clássico, subtipo celularidade mista, estadiamento IB, precoce desfavorável. Foi tratado com ABVD seguido de radioterapia, com resposta completa. Em 2024, apresentou recaída e iniciou GemOx, interrompido após 2 ciclos por toxicidade. Foi iniciado, então, Pembrolizumab. Após 6 ciclos, iniciou com quadro de fadiga, astenia e perda ponderal. A suspeita de IA foi aventada, e confirmada com dosagem de cortisol matinal de 1 ng/dL (VR 3,7-19,4) e ACTH de 18,9 pg/mL (VR <46), ou seja, inadequadamente normal. Iniciou-se prednisona 5 mg/dia, mas após 2 semanas o paciente evoluiu com hipotensão leve, sendo internado para melhor manejo. Recebeu alta hospitalar com prednisona 15 mg/dia, com melhora clínica significativa, e após estabilização, retomou o tratamento com o ICI. **Conclusão:** O diagnóstico de IA secundária foi feito durante a internação com o auxílio da equipe da endocrinologia. De acordo com a literatura, o mecanismo de desenvolvimento desta condição é secundário à hipofisite, cursando frequentemente com alterações em outros eixos hormonais, mas que não estavam presentes no caso do paciente. Os sintomas geralmente se manifestam até 6 meses após início dos ICIs anti-PD1, mas podem surgir em qualquer momento do tratamento. A incidência de IA é menor que a de tireoidopatias associadas aos ICIs, mas exige vigilância clínica e laboratorial. O diagnóstico precoce e reposição hormonal adequada são essenciais para evitar complicações graves. O manejo inclui suspensão temporária do ICI nos casos moderados a graves, uso de corticosteroides em doses imunossupressoras na hipofisite aguda e reposição hormonal conforme a necessidade, frequentemente ad eternum. O paciente apresentou boa

tolerância à retomada do ICI com uso crônico de corticoide. Este caso reforça a importância do reconhecimento precoce de efeitos adversos imunomediados graves, que vem se tornando mais frequentes com o uso crescente dos ICIs na onco-hematologia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104730>

ID - 2169

LINFHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA COM EVOLUÇÃO PARA LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

JPMD Silva, DH Catelli, MR Gewehr, MP Pereira,
FM Carlotto, ICS Riviera, MPB Malcon,
TB Soares, LMR Silla, AA Paz, JP Portich,
J Martins, CDPM Castilho, RH Sassi,
CC Astigarraga

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: A Linfohistiocitose Hemofagocítica (LHH) é uma síndrome hiperinflamatória rara (1,2 casos/milhão/ano) e grave. A forma primária, genética, acomete mais crianças; já a secundária é mais comum em adultos. Entre as causas secundárias estão infecções virais, além de agentes bacterianos, fúngicos e parasitários, doenças autoimunes e neoplasias (principalmente linfomas). A tríade clínica clássica inclui febre, citopenias e hepatoesplenomegalia, podendo evoluir para falência de múltiplos órgãos. O diagnóstico é desafiador, sem exames laboratoriais específicos. O HScore é uma ferramenta diagnóstica útil, que integra sinais clínicos e laboratoriais para estimar a probabilidade da síndrome em adultos. O tratamento da LHH secundária foca na causa subjacente. Quando esta não for identificada, pode-se lançar mão do protocolo HLH 2004 (dexametasona, etoposídeo e ciclosporina). **Descrição do caso:** Homem negro, 43 anos, anteriormente hígido, é transferido para UTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com suspeita de insuficiência hepática aguda, para avaliação de transplante hepático. Houve, há cerca de um mês, quadro de astenia, inapetência e náuseas, seguido por febre intermitente e icterícia. Na admissão, apresentaram pancitopenia (Hb 6,3; Leucócitos 2.400; Plaquetas 60.000), hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia axilar direita, ferritina elevada (20.783 ng/mL) e febre persistente em vigência de antibioticoterapia, evidenciando LHH. HScore, com 99% de probabilidade, mesmo sem avaliação inicial da medula óssea. Investigação de causa infecciosa foi negativa. Biópsia hepática revelou infiltrado linfohistiocitário não clonal e necrose. Linfonodo axilar com padrão reacional. A biópsia de medula óssea revelou hiperplasia (70%), hemofagocitose e alterações discretas em séries eritróide e megacariocítica, sem malignidade. Com o diagnóstico de LHH secundário de etiologia indeterminada, iniciou tratamento conforme protocolo HLH 2004, com boa tolerância e resposta clínica significativa, recepção alta hospitalar após 1 mês. Concluiu tratamento ambulatorial em 8 meses, mantendo monitoramento por mais de 1 ano. Quatro meses depois de abandonar