

mediastinal pré-vascular e surgimento de linfonodomegalia em cadeias paratraqueal e diafragmática; sendo optado por tratamento em 2ª linha com dois ciclos do esquema ICE de outubro a novembro de 2020. Novo PET-CT após o final do tratamento evidenciou resposta parcial, sendo, então, optado, como tratamento em 3ª linha, iniciar quatro ciclos do protocolo GEMOX, em janeiro de 2021, seguido de TCTH autólogo. Após 1º ciclo do GEMOX, optado por suspender temporariamente a quimioterapia, visando evitar falhas da coleta de células progenitoras periféricas (CPP). Como apresentava doença localizada em mediastino, foi indicada radioterapia (20 sessões). Internada, em maio de 2021, para mobilização e coleta de CPP, quando foi observada lesão em calota craniana; sendo suspensa mobilização. Durante investigação, evidenciado, em exame anatomo-patológico de lesão periestial, infiltração de partes moles por LH clássico; e em análise líquórica, ausência de infiltração. Diante do quadro, apesar da lesão em SNC, não havia evidências de infiltração líquórica nem lesão em parênquima cerebral, o que sugeria acometimento localizado nessa região. Diante dessas características, aliadas à raridade desta situação clínica e à escassez de dados sobre a melhor conduta para a infiltração do SNC por LH, optou-se por radioterapia para tratamento deste componente da recidiva, com posterior início do esquema IGEV para tratamento do componente sistêmico; além de programação de mobilização de CPP, antes do início da terapêutica de resgate, para realização de transplante autólogo como consolidação do tratamento da recidiva. Paciente, porém, evoluiu com quadro de insuficiência respiratória atribuída a pneumocistose, com necessidade de internação em leito intensivo, inviabilizando o início do tratamento de resgate até o momento. **Conclusão:** O caso relatado, portanto, evidencia acometimento de SNC em paciente com LH após três linhas de tratamento, o que mostra que, apesar da raridade da infiltração em SNC, faz-se necessário considerar esse acometimento em pacientes com LH evoluindo com surgimento de massa nessa topografia; além de levantar o questionamento acerca do papel incerto da profilaxia de SNC para infiltração de LH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.099>

LINFOMAS DE HODGKIN: EXPERIÊNCIA DE 8 ANOS DE INSTITUIÇÃO MÉDICA DO INTERIOR PAULISTA

ML Puls^a, AAL Puls^b

^a Santa Casa de Araraquara (SCA), Araraquara, SP, Brasil

^b Clínica GastroHematológica Ararense (CGHA), Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic (FMSLM), Araras, SP, Brasil

Objetivo: Descrição da experiência dos últimos 8 anos de acompanhamento diagnóstico e terapêutico de linfomas de Hodgkin (LH) em serviço médico de hematologia & hemoterapia no interior do estado de São Paulo. **Material e métodos:**

Estudo descritivo, retrospectivo e observacional realizado a partir de dados obtidos por meio da análise de prontuários eletrônicos de portadores de LH admitidos e atendidos de janeiro de 2012 (ano de implantação do sistema de prontuários eletrônicos nesta instituição) a dezembro de 2020 em serviço médico especializado em hematologia no interior paulista. Incluídos pacientes vivos, maiores de 18 anos, portadores de LH, com confirmação anatomo-patológica. Excluídos pacientes que evoluíram a óbito previamente à coleta de dados, menores de 18 anos e sem confirmação histológica. Estadiamento realizado pelos sistemas de Ann-Arbor e Cotswold, com cálculo da estratificação de risco e prognóstico baseado nos critérios do NCCN (2007) e Lugano (2014) para estadiamento I e II e IPS (2012) para estadiamento III e IV. Dados comparados com informações disponíveis na literatura científica especializada, obtida nas bases de dados Medline (acessada via PubMed), Scielo, Scopus, Lilacs e Cochrane Library. **Resultados:** 112 pacientes preencheram critérios de inclusão para participar deste estudo. Mediana de 27 anos (8% superiores a 60 anos); 70 (62,5%) do gênero masculino. 106 pacientes (94,64%) apresentaram adenomegalia. Sintomas B estiveram presentes em 80 pacientes (71,42% dos casos). A maioria dos pacientes era portador do subtipo esclerose nodular (73 casos; 65,17%), seguido de celularidade mista (25; 22,32%) e depleção linfocitária (10; 8,92%). O estadiamento de Ann-Arbor se apresentou em 2/112 (1,78%), 20/112 (17,85%), 52/112 (46,42%) e 38/112 (33,92%) casos como estágios I, II, III e IV, respectivamente. Para o estadiamento I-II, 5/22 (22,7%) dos pacientes apresentavam estratificação de risco favorável, contra 17/22 (77,27%) com risco desfavorável. Esses pacientes foram tratados com protocolo ABVD como quimioterapia de primeira linha e 20/22 (90,9%) foram submetidos à radioterapia. Resposta completa (RC) pós-tratamento de primeira linha ocorreu em todos os pacientes do grupo favorável, com sobrevida livre de progressão (SLP) em 5 anos para todos deste grupo. No grupo de risco desfavorável, 12/17 (70,58%) pacientes portavam lesão bulk ao diagnóstico, todos em porção mediastinal. Esses pacientes receberam ABVD e radioterapia associada, com RC em 10/17 (58,82%) após terapia de 1ª linha. Neste grupo, a SLP em cinco anos foi de 70,58%. Nos pacientes com estágio III e IV, 72/90 (80%) apresentaram critérios de risco (IPS mínimo de 3) contra 18/90 (20%) sem fatores de risco (IPS inferior a 3). Todos receberam tratamento inicial com ABVD com encaminhamento para radioterapia. A SLP em 5 anos neste grupo foi de 25 pacientes (27,77%), sendo que nenhum deles estava em estágio IV durante o diagnóstico admissional. **Discussão:** Conforme descrito em literatura especializada, os pacientes de estágios mais avançados com critérios de risco apresentaram menor SLP, mesmo em uso de tratamento protocolado. **Conclusão:** Em nossa experiência, encontramos melhores remissões clínicas, RC e SLP em pacientes com LH em estágios mais precoces e sem fatores de risco, conforme documentado nas bases médico-científicas específicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.100>

