

internações de 37,3% (94 em 2017 e 59 em 2021). De forma simultânea, se observou variações dos gastos hospitalares das internações: de 2017 a 2019 reduziu-se cerca de 27% (R\$ 94.605,98 em 2017 e R\$ 68.994,17 em 2019), em 2020 (período da pandemia da COVID-19) aumentou cerca de 38,7% em relação ao ano anterior (R\$ 95.706,10 em 2020), decaindo 5,8% em 2021 (R\$ 90.120,19), seguido de um aumento aproximado de 12% até maio de 2022 (R\$ 100.903,05). Além disso, em relação ao período médio de permanência dos pacientes entre janeiro de 2018 a maio de 2022, se evidenciou um prolongamento: 4,8 dias em 2018; 5,2 em 2019; 6,5 em 2020; 6 em 2021 e 7,9 até maio de 2022. Por fim, analisando o número de óbitos, o ano de 2017 apresentou o maior número de óbitos (8 mortes), discrepando do que foi observado em 2020 (período de pandemia de COVID-19) com notificação de apenas uma morte (redução de 25% em relação a 2019 - 4 mortes). **Discussão:** Observa-se que o número de internações no estado do Piauí está inversamente proporcional ao valor total das despesas (aumento dos gastos com a diminuição de internações), tendo em vista que a média de permanência nos hospitais vem aumentando. Durante a pandemia da COVID-19, os valores totais dos custos foram significativos, podendo suspeitar de uma maior gravidade do quadro clínico nos pacientes com linfoma de Hodgkin pela imunossupressão, necessitando de maiores suportes. Os óbitos apresentaram uma tendência decrescente, principalmente durante o período da pandemia, na qual muitos casos podem ter sido subnotificados. **Conclusão:** Dessa forma, a partir desta pesquisa descritiva, é possível concluir que os hospitais tiveram um gasto maior com o passar dos anos, bem como um aumento da média de permanência dos pacientes. Além disso, infere-se que a pandemia da COVID-19 contribuiu para que esses gastos crescessem de forma exponencial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.144>

LINFOHISTIOCILOSE HEMOFAGOCÍTICA COMO APRESENTAÇÃO DE LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO NA PRESENÇA CONCOMITANTE DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: RELATO DE CASO

CAR Junior, ABS Caio, AMD Serejo,
DA Reckziegel, MCC Vasconcelos, LC Ferreira,
LHA Ramos, RS Vasconcelos

Hospital de Base do Distrito Federal (HDBF),
Brasília, DF, Brasil

Introdução: A linfocitose hemofagocítica (LHH) é uma doença ameaçadora à vida, em que há uma ativação imune descontrolada, sendo geralmente dividida em dois tipos principais: primária, em que há associação de mutação genética e predisposição familiar, e secundária, geralmente correlacionada a infecções, malignidades e condições autoimunes. Não obstante, frequentemente são detectados múltiplos fatores de risco no momento da apresentação inicial e diagnóstico. **Caso clínico:** Paciente feminina, 30 anos de idade, previamente portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana

(HIV), em uso irregular da terapia antirretroviral, procurou atendimento médico devido sintomas de anemia, perda de peso e febre. Na avaliação inicial, foi identificada hepatoesplenomegalia e icterícia, sendo hospitalizada para investigação. Após exames complementares, evidenciou-se anemia severa, leucopenia, disfunção renal aguda, lesões osteodensas / escleróticas em coluna lombar, suspeitas de malignidade. Equipe assistente (infecção) aventou a possibilidade de hemofagocitose, sendo avaliada pela Hematologia com exame clínico e avaliação medular. Não foi evidenciado sinal de hemofagocitose no mielograma inicial, porém, devido à alta suspeita, foi iniciado tratamento com dexametasona e etoposídeo, apresentando boa resposta. Posteriormente, a biópsia de medula óssea (BMO) revelou numerosas figuras de hemofagocitose, além de infiltrado por linfócitos atípicos. Imunohistoquímica inicial sugeriu doença de linfócitos T. Em seguimento ambulatorial, houve surgimento de múltiplas adenomegalias, revisão de imunohistoquímica de BMO inconclusiva. Biópsia excisional de linfonodo foi compatível com Linfoma de Hodgkin Clássico, tratado com bleomicina, dacarbazina, doxorubicina e vimblastina (ABVD). A avaliação de resposta por tomografia por emissão de pósitrons evidenciou critério 2 de Deauville. **Discussão:** A LHH é uma síndrome grave, associada a uma alta taxa de mortalidade. O fator desencadeante mais comum para LHH secundária em adultos é infecção, seguida de malignidade e condições autoimunes. Muitos pacientes com LHH secundária tem múltiplos fatores de risco. No caso em questão, apesar do HIV, havia também lesões ósseas que requeriam maior investigação. A LHH no contexto de malignidade pode ocorrer em duas situações: a primeira, mais comum, e que se encaixa no quadro clínico de nossa paciente, é com doença maligna ativa concomitante, enquanto a segunda, e menos comum, quando o paciente foi submetido ou está em tratamento quimioterápico. Ressalta-se, contudo, que apesar da associação com malignidade, há poucos relatos na literatura com linfoma de Hodgkin. **Conclusão:** Diante de uma LHH, é importante não apenas diagnosticá-la, mas também avaliar os prováveis eventos desencadeantes. Neste relato, apesar de boa resposta ao tratamento inicial proposto diante da alta suspeição, foi importante seguir com investigação de fator causal, considerando o linfoma em atividade, necessidade de tratamento e prevenção de recaídas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.145>

LOWER DOSES OF DACARBAZINE AS A SAFER STRATEGY WITH EQUAL EFFECTIVENESS IN HODGKIN LYMPHOMA'S INTENSIVE TREATMENT PROTOCOL (MODIFIED EBEACOPP): PRELIMINARY RETROSPECTIVE ANALYSIS OF A SINGLE AND PUBLIC CENTER IN BRAZIL

LH Dullea^a, AGO Braga^b, SC Fortier^a,
TMB Silveira^a

^a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

^b AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil

Introduction: Hodgkin lymphoma (HL) is a hematologic neoplasm with great prognosis, although patients with advanced disease presents worse outcomes. The German Hodgkin Study Group (GHSg) proposed a new approach to treat advanced LH patients with a more intense and aggressive protocol aiming better responses, but most of discussions regards between the benefit of improving response versus the onus of adding more toxicity. The original described escalated BEACOPP (eBEACOPP) had procarbazine as part of the protocol. In 2008, a public health care center in São Paulo (Santa Casa de Misericórdia) started using this protocol with LH patients in stage IIB or more and with IPS equal or above 3. In Brazil, procarbazine is not an available drug, thus the original protocol was modified incorporating dacarbazine (BRECADD) 375 mg/m² in D8 of each cycle. When the first results of the BRECADD protocol study were published, with dacarbazine 500 mg/m² (D2,D3), our service decided increase the dose the same as the study, but the impression was the improvement of toxicity without any gain in efficacy. **Objective:** Compare the two protocol doses (375 mg/m² versus 500 mg/m²) applied at Santa Casa for HL advanced patients in a similar period. **Methods:** Retrospective study analyzing data from 31 patients that were followed up at a single center in Brazil from 2019 and 2021. Age at diagnosis, gender, Ann Arbor stage, laboratory characteristics, number of realized cycles, neutropenia in each cycle and responses rates were collected. **Results:** Seventeen of the 31 patients received 500 mg/m² (500-group) and fourteen received 375 mg/m² (375-group). The responses rates at the end of which protocol were equivalent in both groups (71% in 375 group and 76% in 500 group with CR). When analyzing the number of cycles that patients evolved with febrile neutropenia, the 500-group had 3 times more events (17,9%) than the 375-group (6,09%) with p value of 0,04. This difference was reflected in the need for change the protocol do ABVD in about 47,1% of patients in 500-group due to toxicities. **Conclusion:** In this small cohort of a single public center in Brazil using 375 mg/m² of dacarbazine per protocol of BRECADD turn out to be a safer strategy without losses in responses for HL advanced patients.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.146>

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA INDUZIDA POR BLEOMICINA: UM RELATO DE CASO

VR Siqueira, TB Soares, ET Calvache,
RS Ferrelli, EW Corrêa, CK Weber, AA Hofmann,
CE Wiggers, F Dortzbacher, AA Paz

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

Objetivos: relatar caso de paciente com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin Clássico que evolui com toxicidade pulmonar grau 4 após a primeira aplicação do protocolo ABVD. **Relato de caso:** Mulher, 45 anos, é internada em hospital terciário para investigação de febre, perda ponderal, astenia e surgimento de adenomegalias. Relatava diagnóstico de HIV há 5 anos, sem tratamento. Durante a internação, realizou

biópsia excisional de linfonodo cervical com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin de subtipo celularidade mista Estágio IV B sendo iniciado tratamento com protocolo ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina). Uma hora após o fim da infusão dos quimioterápicos, paciente iniciou com quadro de dispneia, evoluindo com insuficiência ventilatória aguda e necessidade de suporte intensivo com ventilação mecânica invasiva. Realizou tomografia computadorizada de tórax após a estabilização clínica com evidência de extensas áreas de consolidação com predomínio central e peribroncovascular, acometendo a totalidade de ambos os pulmões compatível com pneumonite medicamentosa. Neste contexto, foi iniciado terapia com dexametasona 40 mg nos primeiros 4 dias, seguindo-se com prednisolona 1 mg/kg/dia, com melhora progressiva dos parâmetros ventilatórios e extubação após 7 dias. Diante da hipótese de toxicidade pulmonar aguda grave por Bleomicina, paciente seguiu tratamento apenas com protocolo AVD, com resposta completa após 6 ciclos. **Discussão:** A bleomicina é um fármaco antitumoral que é utilizado no tratamento de várias neoplasias, destacando-se os tumores germinativos e o linfoma de hodgkin. Uma das principais preocupações com o uso desta medicação é o risco de toxicidade pulmonar, principalmente a fibrose pulmonar intersticial (cerca de 10% dos pacientes). Vários fatores podem influenciar no risco de desenvolvimento de lesão pulmonar, tais como a função renal, a idade, a dose cumulativa do medicamento e uso concomitante de oxigênio. As manifestações podem ser diversas, como tosse, dor pleurítica, dispneia, hipoxemia, dentre outras. Como os sintomas geralmente desenvolvem-se de 1 a 6 meses após a exposição à droga, o diagnóstico é feito excluindo causas infecciosas e neoplásicas somado a um quadro clínico e radiológico compatível. A diferença neste caso consiste na apresentação clínica incomum, tendo em vista que apenas a minoria dos pacientes com acometimento pulmonar terá um quadro agudo, sobretudo com toxicidade grau 4. Soma-se a isto que o início abrupto dos sintomas logo após a primeira aplicação tornou o caso ainda mais desafiador, sendo necessário fazer o diagnóstico diferencial com outras condições clínicas, como anafilaxia e síndrome do desconforto respiratório agudo. O tratamento baseia-se na interrupção permanente do uso de bleomicina e utilizar corticoides sistêmicos por 4 a 6 semanas nos casos agudos e de hipersensibilidade. **Conclusão:** Apesar da toxicidade pulmonar da bleomicina ser um parafefeito com uma evolução mais comumente subaguda ou crônica, alguns casos podem se apresentar de maneira abrupta com necessidade de uma abordagem imediata.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.147>

LINFOMA DE HODGKIN EM PÂNCREAS: RELATO DE CASO

DR Spada, JA Rena, CAC Vieira, MC Locatelli,
BN Nascimento, AC Vecina, MA Gonçalves,
JR Assis, MG Cliquet

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-
SP), São Paulo, SP, Brasil