

o seguimento, retorna com linfonodomegalia axilar e supraclavicular à direita de grande volume, além de sudorese noturna. Biópsia excisional confirmada Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B, subtipo não centro germinativo, estágio clínico III. Iniciou quimioterapia com esquema R-CHOP, apresentando boa resposta clínica e radiológica. **Conclusão:** O diagnóstico sintomático da LHH e a definição de sua causa secundária são grandes desafios clínicos. Isso se agrava quando a etiologia é uma neoplasia oculta, como os linfomas, que podem se manifestar meses após o tratamento inicial da síndrome. Este caso ilustra essa evolução, reforçando a importância do acompanhamento contínuo e da reavaliação diagnóstica em pacientes com LHH de origem inicialmente indeterminada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104731>

ID - 2896

LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA A LINFOMA DE HODGKIN

CR Matos^a, LdC Oliveira^b, GA Oliveira^a, JdA Santos^b, MA Dias^b, AdGT Mello^b, RO Malta^b, EdQ Crusoe^b

^a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

^b Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: A Linfocitose Hemofagocítica (LHH) é uma síndrome imunológica grave e potencialmente fatal, caracterizada por um estado inflamatório exacerbado que pode evoluir para falência de múltiplos órgãos e óbito, caso não seja prontamente reconhecida e tratada. Embora seja uma condição tratável, a LHH permanece amplamente subdiagnosticada. Atualmente, a LHH é classificada em duas formas: primária, de origem genética, e secundária, adquirida em associação a infecções, doenças autoimunes ou malignidades. Este relato descreve um caso de um paciente jovem com diagnóstico de LHH secundária a Linfoma de Hodgkin associado ao vírus Epstein-Barr (EBV). **Descrição do caso:** Paciente 20 anos, sexo masculino, com quadro de pancitopenia, associada a febre vespertina, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia e perda ponderal com piora progressiva ao longo de três anos. Hemograma: Hb 4.8 mg/dL; Ht 15,3%; VCM 82,7 fL; HCM 25,9 pg; CHCM 31,4 g/dL; RDW 18%; Leucócitos Totais: 2.120/mm³, neutrófilos: 1179/mm³, linfócitos: 229/mm³, linfócitos atípicos: 85/mm³, plaquetas 88.000/mm³; ferritina 13.145 ng/mL. Tomografia computadorizada (TC) de tórax: linfonodomegalia mediastinal, medindo até 2,5 x 1,4 cm na cadeia paratraqueal superior, hilo pulmonar direito, medindo cerca de 2,6 cm x 1,7 cm, axilar bilateral, o maior deles à direita, medindo 2,5 cm. TC de abdome total: fígado com dimensões aumentadas, baço apresentando discreto aumento de seu volume. Múltiplas linfonodomegalias retroperitoneais, nas cadeias ilíacas e nas regiões inguinais. Linfonodos retroperitoneais agrupados medindo em conjunto

aproximadamente 9,1 cm x 2,5 cm, nos maiores eixos axiais. Linfonodomegalia da cadeia frênica inferior direita, medindo grosseiramente 3,0 x 1,6 cm. Biópsia de linfonodo supraclavicular esquerdo: Linfoma de Hodgkin, subtipo depleção linfocitária, associado a infecção pelo EBV. Biópsia de medula óssea: ausência de infiltração pelo linfoma. HScore (HScore for Reactive Hemophagocytic Syndrome): pontuação de 215 pontos (pts), caracterizando probabilidade de 93-96% para diagnóstico de LHH. Iniciado tratamento conforme o protocolo de tratamento HLH-94, baseado em corticosteroide e etoposídeo e o paciente evoluiu com resolução do quadro de febre, hepatoesplenomegalia e pancitopenia. Após estabilidade clínica, iniciado tratamento para a doença de com o protocolo ABVD, 6 ciclos atingindo resposta completa. **Conclusão:** O diagnóstico de LHH permanece um desafio na prática clínica, pois depende de análise criteriosa dos dados clínicos e laboratoriais, além da exclusão de diagnósticos diferenciais com apresentações semelhantes, como sepse, extremamente prevalente em pacientes hospitalizados. Desta forma, apesar de bem descrita na literatura, a LHH ainda é subdiagnosticada mundialmente. O microambiente inflamatório crônico induzido pelo Linfoma de Hodgkin configurou-se-se como fator determinante para o desencadeamento da LHH neste caso. Na literatura, uma das associações mais bem estabelecidas é da LHH com a infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV). A relação entre LHH secundária e neoplasias é de 27%, sendo a maioria representada pelas neoplasias hematológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104732>

ID - 1956

LINFOMA ANAPLÁSICO DE GRANDES CÉLULAS ALK NEGATIVO RELACIONADO A PRÓTESE MAMÁRIA: UM RELATO DE CASO

AC Molon, GCL Bellini, LM Lorenzini, VB Gonçalves, N Santini, EMK Theodoro, GS Schramm, CM Dal Zotto, E Thomé, GR Bosi

Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O linfoma anaplásico de grandes células associado a implante mamário (BIA-ALCL) é uma neoplasia rara de células T. Está fortemente associado a implantes mamários texturizados, utilizados em cirurgias estéticas ou reconstrutivas. Embora sua incidência seja baixa, o número de casos relatados tem aumentado, refletindo maior vigilância clínica e conhecimento médico. **Objetivo:** Relatar um caso de linfoma anaplásico de grandes células ALK-negativo associado a implante mamário, destacando os aspectos clínicos, diagnósticos e conduta adotada. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 66 anos, previamente hígida, procurou atendimento médico por dor mamária à esquerda de início insidioso associado a sinais flogísticos e aumento de volume progressivo da mesma mama. Tem histórico de mastoplastia de aumento há aproximadamente 10 anos, com implantes de silicone texturizados bilaterais. Foi realizada