

LINFOMA DE HODGKIN APRESENTANDO-SE COM RASH MACULO-PAPULAR DIFUSO E ACOMETIMENTO PALMO-PLANTAR

M.H.O. Gonçalves^a, M.O. Santos^a, P.P.G.O. Thomé^a, L.H.C. Lopes^a, C.C. Sartorio^b, S.D.P.A.F. Sampaio^b, M.H.S. Durães^b, M.P. França^b, F.Q. Bastos^b, F.D. Xavier^b

^a Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Universitário de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Introdução: Lesões dermatológicas são relatadas em diversas neoplasias hematológicas. Podem ser detectadas como primeiro sinal da doença ou até mesmo ser um indicativo de doença avançada. Lesões cutâneas associadas ao Linfoma de Hodgkin (LH) podem ocorrer em 17% a 53% dos pacientes e geralmente são achados paraneoplásicos, uma vez que LH cutâneo é raro (0,5-3,4%). Lesões de pele que foram descritas em associação com o LH incluem iciose, acroceratose (síndrome de Bazex), urticária, eritema multiforme, eritema nodoso, lesões necrosantes, hiperpigmentação e infiltração de pele. **Exposição do caso:** Masculino, 24 anos, previamente hígido, há 6 meses apresentava quadro de lesões cutâneas máculo-papulares, eritematosas, difusas em todo corpo, com acometimento palmo-plantar, de lábios e pálpebras, associado a poliartralgia, febre diária e perda ponderal de 12 kg no período. Estava em acompanhamento na reumatologia há 5 meses e não apresentou resposta ao tratamento com corticosteróides. Foram identificados linfonodos palpáveis em cadeias cervical, axilar e inguinal medindo entre 1-1,5 cm de consistência móvel e fibroelástica, corroborados em PET-TC que evidenciou ainda linfonodomegalias abdominais, mediastinais e peri-hilares, além de nódulos pulmonares com consistência de partes moles. Não havia comprometimento de medula óssea. Realizada biópsia de linfonodo cervical e imunohistoquímica que foram compatíveis com Linfoma de Hodgkin, esclerose nodular. Em sua primeira consulta com a hematologia, apresentava hemoglobina de 9,5 mg/dL, leucócitos de 3.700/mm³ (segmentados 2.553/mm³ e linfócitos 592/mm³), albumina de 1,6 g/dL, DHL de 283 UI/L (elevado), VHS 138 mm e sorologias para hepatites B, C, HIV e sífilis negativas. Definido LH estágio IVB, IPS 5. Iniciou tratamento com protocolo ABVD e, após o 1º ciclo, houve melhora importante das lesões cutâneas. **Discussão/Conclusão:** O caso relatado demonstra erupção maculo-papular difusa, simétrica, envolvendo todo o tronco e extremidades, incluindo palmas e plantas, que lembram o acometimento cutâneo da sífilis secundária. Além disso, lesões cutâneas e poliartralgia podem ser encontradas em doenças autoimunes, como vasculites e colagenoses. Outro possível diagnóstico seriam as farmacodermias. Tais hipóteses foram descartadas com a testagem sorológica realizadas durante investigação diagnóstica e o paciente não estava em vigência de uso de medicamentos. Esse acometimento nos LHs vai ao encontro da literatura, com poucos casos relatados de acometimento dermatológico e, entre aqueles que tem apresentação, são casos avançados e de



prognóstico reservado. Um estudo em centro referenciado dermatológico da Universidade de Gênova avaliou 60 pacientes com acompanhamento onco-hematológico e acometimento cutâneo. Dentre os casos avaliados apenas 2 eram decorrentes de LH. Um estudo do MdAnderson identificou 1.049 pacientes com LH, destes 45 (4,3%) tinham manifestações cutâneas paraneoplásicas associadas ao LH, e apenas 3 tinham LH cutâneo (0,3%). As manifestações cutâneas paraneoplásicas mais comuns foram eczema (40%) e prurido (37,8%). Tanto as lesões paraneoplásicas como o LH cutâneo apresentam resposta ao tratamento quimioterápico do LH. Como nesse caso, deve-se considerar no diagnóstico diferencial de lesões cutâneas, as síndromes paraneoplásicas, o que é importante para se evitar atrasos no diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.345>

LINFOMA DE HODGKIN COM ACOMETIMENTO CUTÂNEO: RELATO DE CASO

C.M.L.B. Monteiro, C.D. Donadel, P.O.C. Terra, J.P.L. Silva, D.C. Stocco, V. Tomazini, P.C.C. Bariani, G.C.O. Souza, L.C. Palma, D.V. Clé

Divisão de Hematologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: O Linfoma de Hodgkin é uma neoplasia que corresponde a 10% de todos os linfomas. É caracterizado pela presença de células de Reed-Sternberg associadas a um fundo inflamatório. Pode se apresentar com adenomegalias, febre, sudorese noturna, perda de peso (sintomas B) e prurido. Menos comumente cursa com envolvimento extranodal, como de medula óssea ou de fígado. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de linfoma de Hodgkin, que evoluiu com acometimento cutâneo acompanhada pela equipe de Hematologia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Resultados:** Paciente, sexo feminino, 30 anos, previamente hígida, com história de surgimento nódulos cervicais e axilares, bem como sintomas B e adinamia há 3 meses da primeira consulta. Ao exame físico, apresentava adenomegalias cervicais e axilares bilateralmente. Tomografias computadorizadas (TCs) com contraste de pescoço, tórax e abdome evidenciaram múltiplos linfonodos cervicais, mediastinais, hilares e axilares, o maior medindo 5,1 x 2,9 cm². Em biópsia excisional de linfonodo foram visualizadas células de Reed-Sternberg com CD30 e CD15 positivos na imunohistoquímica em meio a um infiltrado inflamatório misto. Apresentava LDH de 632. Diante disso, foi diagnosticada com linfoma de Hodgkin, celularidade mista, IIB, com estágio inicial desfavorável. Foi então submetida a tratamento quimioterápico com VI ciclos de AVD (doxorubicina, vinblastina e dacarbazina). Não foi realizada bleomicina por desabastecimento no país. Dois meses após o término do tratamento, enquanto aguardava pelo reestadiamento, evoluiu com adenomegalia axilar a direita e lesão nodular violácea encimada por crosta em fossa antecubital, que foram biopsiadas. Não houve sinais de malig-



nidade em axila, porém apresentou achado de células atípicas, linfoides, na derme, de tamanho intermediário a grande, com núcleos ovalados e irregulares apresentando nucléolos evidentes em meio a infiltrado inflamatório misto. Eram positivas para CD30. Pela refratariedade, foi submetida a tratamento de segunda linha com II ciclos de GDP (gencitabina, dexametasona e cisplatina), porém apresentou aparecimento de placas eritemato-violáceas após. Na ocasião realizou TC com emissão de pósitrons (PET CT) que não mostrou lesões hipermetabólicas. Apesar disso, foi realizado I ciclo de IGEV (ifosfamida, gencitabina e vinorelbina) com nova piora. Atualmente paciente possui programação de transplante de medula óssea autólogo. Mantém placas eritemato-violáceas distribuídas por toda a pele, porém sem adenomegalias aparentes em exames de imagem. **Discussão:** Apesar de síndromes paraneoplásicas com acometimento inespecífico cutâneo, como prurido e hiperpigmentação, ocorrerem em 17-53% dos casos de linfoma de Hodgkin, a infiltração tumoral direta da pele é muito rara. Costuma se apresentar com nódulos que evoluem com ulceração na região do tórax. É diagnosticada através da biópsia da lesão. O tratamento deve ser realizado com esquemas quimioterápicos utilizados habitualmente, não requerendo medidas específicas. Já o estadiamento e as reavaliações devem ser realizados com PET-CT. Está associada a linfadenopatia difusa, doença avançada e mau prognóstico. **Conclusão:** A infiltração da pele é uma manifestação rara do linfoma de Hodgkin, que costuma representar um pior prognóstico. No presente trabalho, relatamos o caso de uma paciente com doença refratária, evoluindo com envolvimento cutâneo isolado diferente do que é relatado na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.346>

345

LINFOMA DE HODGKIN COMPLICADO COM LINFO-HISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL: RELATO DE CASO

C.M.T.H. Filho, C.F.L. Nunes, V.F. Aurich, P.N. Cardoso, E.M. Moreira

Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Linfo-histiocitose hemofagocítica (LHH) é uma síndrome rara e ameaçadora a vida decorrente de uma ativação imune não controlada que resulta em múltiplas disfunções orgânicas. O diagnóstico envolve achados clínicos, laboratoriais e histopatológicos. Em adultos a maioria das LHH são decorrentes de processos infecciosos ou neoplásicos. **Objetivo:** Relatar a associação de um caso linfo-histiocitose hemofagocítica secundário ao linfoma de Hodgkin. **Relato de caso:** Homem, 21 anos, sem comorbidades conhecidas, admitido com quadro de duas semanas de febre diária e sudorese noturna associada a hepatoesplenomegalia e icterícia. Exames laboratoriais demonstraram pancitopenia com hemoglobina 7.1g/dL, hematócrito 20.9%, normocítica e normocrômica, leucócitos 3.100 mm³ sem blastos na periferia, plaquetas 56.000 mm³, elevação de transaminases em 10 vezes o limite superior, com desidrogenase lática de 1516

U/L, bilirrubina total 4,4 mg/dL as custas de indireta, ferritina sérica 23.316 ng/dL e triglicerídeos 515 mg/dL. As sorologias para HIV, HTLV, Citomegalovírus, Herpes, Parvovírus-19, Toxoplasmose e Epstein-Barr foram negativas. O mielograma demonstrou atividade hemofagocítica e a imunofenotipagem sem população com fenótipo anômalo. Tomografia de abdômen e tórax mostrou hepatomegalia estendendo até fossa ilíaca direita com acentuada esplenomegalia, adenopatia para-aórtica, mediastinal anterior e paratraqueal direita. Iniciado dexametasona e etoposide conforme protocolo HLH-94. Paciente evoluiu com melhora clínica, afebril sete dias após início do tratamento. Subsequentemente o resultado da biópsia de medula óssea demonstrou predomínio histiocitário com imagens de fagocitose e áreas de necrose coagulativa e a biópsia de linfonodo supra clavicular evidenciou Linfoma de Hodgkin (LH). Recebeu alta para seguimento ambulatorial e início do tratamento da doença desencadeante com adriamicina, bleomicina, vimblastina, dacarbazina (ABVD). **Discussão:** A LHH secundária pode ser encontrada em até 1% das malignidades hematológicas mais comumente encontrada nos linfomas não-Hodgkin, especialmente os linfomas de células T e de células Natural Killer, por outro lado a associação com Doença de Hodgkin (DH) raramente é relatada e está relacionada a um mau prognóstico. Além disso a LHH limita o uso de tratamentos padronizados para o LH como o ABVD que costuma ser contraindicado em disfunção hepática grave, habitualmente encontrada nessa síndrome. O etoposide é fortemente recomendado para pacientes com LHH secundária a malignidade. Frequentemente são necessárias terapias individualizadas para pacientes com ambas condições. Relatos na literatura sugerem benefícios em tratamento inicial com esquemas alternativos com rituximabe, ciclofosfamida, etoposide, procarbrazina e prednisona (R-CEPP) e rituximabe, etoposide, metilprednisolona, citarabina em altas doses e cisplatina (R-ESHAP) que são mais bem tolerados na disfunção hepática, no entanto há lacunas de dados sobre sua eficácia. Dessa forma o tratamento ideal para associação de DH e LHH ainda permanece desconhecido. **Conclusão:** O relato trata de um quadro linfo-histiocitose hemofagocítica em um paciente jovem que evoluiu com remissão dos sintomas com terapia com etoposide e corticoide. Apesar de inicialmente desconhecida causa base desencadeante da LHH foi posteriormente diagnosticado com doença de Hodgkin uma associação rara na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.347>

346

LINFOMA DE HODGKIN PRIMÁRIO DE PULMÃO: ENTIDADE RARA TRATADA COM BRENTUXIMABE

S.R. Loss, L.M. Carvalho, J.F. Bombonatti, M.M. Langhi, A.N.R. Abdo, Y. Menezes, P. Bachour, O.C.G. Baiocchi, J.P.Z. Filho, J.O. Bordin

Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Acometimento pulmonar no linfoma de Hodgkin (LH) pode ser encontrado entre 15-40% dos casos,