

fevereiro/2024 com resposta clínica completa já no primeiro ciclo e metabólica ao PET após o sexto ciclo. **Discussão:** O esquema ABVD é o tratamento de primeira linha para o LH, mas cerca de 15% dos pacientes apresentam refratariedade. No caso relatado, a paciente não respondeu ao ABVD, levando a outros esquemas (DHAP, GIV), objetivando um transplante autólogo se responsivo à quimioterapia. Como não houve resposta, foi considerado o uso do anticorpo monoclonal Nivolumabe. O Nivolumabe é uma opção eficaz para pacientes com LH recidivado. Estudos sugerem que sua ativação prolongada ao sistema imunológico contribui para a remissão, mostrando que sua ligação às células T pode persistir por mais de dois meses após uma única dose. No caso da paciente, a resposta positiva ao Nivolumabe pode ser atribuída à essa persistência. Isso reforça estudos que indicam a eficácia do bloqueio de checkpoint anti-PD-1 como uma estratégia potencialmente curativa para pacientes com LH refratário, especialmente em casos com características genéticas que aumentam a expressão dos ligantes do PD-1. **Conclusão:** O LH apresenta um desafio terapêutico considerável nos casos refratários aos tratamentos convencionais. O caso relatado destaca a importância de alternativas terapêuticas, como o uso do anticorpo monoclonal citado. Mostrou que o inibidor de check point - anti-PD1, Nivolumabe, é uma ótima opção para esses casos refratários.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.354>

IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR LINFOMAS EM ADULTOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

PFC Vieira ^{a,b,c}, JCP Lobato ^d, AM Souza ^b

^a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^c Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^d Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

Objetivos: Estimar a tendência de mortalidade por linfomas como causa básica em adultos no estado do Rio de Janeiro (RJ) e comparar entre os períodos pré-pandemia (2010-2019) e pandêmico (2020-2021). **Introdução:** As condições de saúde dos pacientes com linfomas podem piorar como resultado direto ou indireto da pandemia de Covid-19. No Brasil, o RJ tem maior taxa de mortalidade por Covid-19 (427,6/100 mil hab). A análise da tendência é essencial para avaliar como a pandemia tem modificado o perfil de mortalidade por linfomas no RJ, assim como fornecer informações para aprimoramento da vigilância em saúde. **Material e métodos:** Estudo de série temporal de óbitos por linfomas, de 2010 a 2021, obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde do RJ. Os linfomas foram classificados sob os códigos C81 a C85 da CID-10. O número de óbitos para ambos os sexos e população sob risco foram agrupados de

acordo com a idade na data do óbito (20 a 59 e 60 anos ou mais). Para calcular as taxas de mortalidade para ambos os sexos por 100 mil hab, por ano calendário, foram utilizadas as populações estimadas pelo IBGE 2010. O método de regressão Joinpoint foi usado para calcular as tendências por faixa etária e sexo, com ano calendário como variável independente. Estimamos a variação percentual anual (VPA), para intervalos de confiança de 95% ($p < 0,05$). Por fim, foi comparado os períodos pré-pandemia e pandemia. **Resultados:** O RJ registrou 4921 óbitos por linfomas entre 2010-2019 (média:449 óbitos/ano) e 823 óbitos no período predominantemente pandêmico (média:411 óbitos/ano). 53% dos óbitos eram do sexo masculino e 64,5% na faixa etária de 60+, em ambos os períodos. A taxa de mortalidade média no período pré-pandemia foi de 2,36 e diminuiu para 2,12 óbitos por 100 mil/hab entre 2020-2021, uma queda de 10,4%. Houve uma diminuição da tendência para todas as idades (VPA = -1,0; IC95%-2,0;-0,1). A faixa etária 20-59 anos e sexo feminino também apresentaram tendência decrescente estatisticamente significativas (VPA = -2,0; IC95%-3,0;-1,0 e VPA = -1,7; IC95%-3,1;-0,4, respectivamente). **Conclusão:** A taxa de mortalidade por linfomas foi maior em idosos do sexo masculino no RJ. Foi observado uma tendência decrescente ($p < 0,05$) de mortalidade na série histórica estudada. Houve notória queda da mortalidade por linfomas no período pandêmico (10,4%). Assim, os resultados apresentados sugerem mudanças no padrão de mortalidade em decorrência da pandemia de Covid-19.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.355>

LINFOMA DE HODGKIN: AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO BRASIL

MM Mantovani, YBCPE Nogueira, NAGCS Soares, GP Hruschka, JVVM Costa, LCMC Dall'orto, VHD Moreira, VA Bastos, CM Duarte, L Niero-Melo

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Linfoma de Hodgkin (LH) é neoplasia de origem linfática, caracterizada por disseminação ordenada, em linfonodos contíguos. Tem origem a partir de mutação em linfócito B (“crippling”) que não sofre apoptose e se prolifera, disseminando-se em eixo axial (cervical & mediastinal, comumente). Pode evoluir a óbito em meses se não diagnosticado e tratado adequadamente. A necessidade de se estabelecer perfil epidemiológico por permitir identificação de população mais acometida e/ou suscetível à doença, se faz necessária na busca de maior conhecimento da etiopatogenia envolvida. **Objetivo:** Avaliar pacientes diagnosticados com LH, através da base de dados do Atlas de Mortalidade por Câncer do Instituto Nacional de Câncer (INCA), comparando-os à literatura. **Metodologia:** Estudo de caráter retrospectivo descritivo em abordagem quantitativa, embasada por análise de dados digitais dos registros em Atlas de Mortalidade por Câncer - Instituto Nacional de Câncer (INCA), de 1979 a 2022. Estes dados são de domínio público e encontram-se disponíveis em www.inca.gov.br; dispensada a avaliação de Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) em seres humanos. Os dados foram analisados pelo *software* Google Planilhas. Na avaliação da mortalidade, os dados foram agrupados conforme CID-10 (CID-C81), com seleção dos CIDs de interesse no Atlas de Mortalidade por Câncer (Modelos 1, 2 e 10). Admitiu-se, para análise das frequências de mortalidade, os números absolutos de óbitos/ano e sua distribuição por faixa etária. **Resultados e discussão:** Pacientes do sexo masculino (59,9%), tiveram maior propensão a desenvolver o LH do que mulheres, na faixa etária de 15-29 anos, com maior expressão entre 30-39 e 60-69. A porcentagem de óbitos (relativas ao total de mortes por neoplasias) diminuiu 66,9%, saindo de 0,68% (0,86% homens, 0,5% mulheres) para 0,225% (0,24% homens, 0,21% mulheres), desde 1979. Perfil Médio de Mortalidade (PMM): Evoluíram a óbito homens entre 40 a 49 anos. **Conclusão:** Nossos resultados apontam para maior prevalência do LH em homens jovens de 15 a 29 anos. A redução proporcional de óbitos poderia sugerir avanços significativos no diagnóstico e tratamento pertinentes. No entanto, o aumento absoluto de óbitos na última década alerta para investigação adicional sobre o que levou a esta tendência. A persistência de números constantes de óbitos até 2011 e aumento nos anos subsequentes, deveria abordar fatores socioeconômicos, ambientais e/ou genéticos para esta mudança. Há indicativo positivo, pela queda proporcional, de que esforços diagnósticos & terapêuticos têm sido mais eficazes. PMM apontou para homens de 40 a 49 anos, o que demanda políticas de Saúde Pública mais incisivas, como programas de rastreamento em grupos de risco e campanhas de conscientização sobre os sinais e sintomas do LH, evitando-se diagnósticos tardios o que favoreceria tratamentos mais eficazes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.356>

LINFOMA DE HODGKIN E TUBERCULOSE EXTRAPULMONAR: RELATO DE CASO E DESAFIO DIAGNÓSTICO

LLASM Correia, BB Arnold, ALC Gaspar,
RO Coelho, BB Cal, ME Pelicer, MAC Rodrigues,
LN Melo, TSP Marcondes, RD Gaiolla

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de
Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Botucatu, SP, Brasil

Introdução: O Linfoma de Hodgkin (LH) caracteriza-se histologicamente pela presença de raras células neoplásicas em meio a abundante infiltrado inflamatório. Este achado reflete os principais mecanismos envolvidos na sua fisiopatologia, como secreção elevada de citocinas no microambiente tumoral (ex., IL-10, TGF- β) e modulação da resposta celular, com inibição de células T citotóxicas e estímulo de células T regulatórias. Tais alterações favorecem o escape imune tumoral, mas levam a prejuízo na resposta imune adaptativa aumentando o risco de infecções oportunistas. **Objetivo:** Relatar diagnóstico simultâneo incomum de LH e Tuberculose Extrapulmonar (TB). **Relato:** Mulher, 65 anos, previamente hígida, há 4 meses evoluindo com rebaixamento no nível de consciência, confusão mental, desorientação, parestesia,

hiporexia e síndrome consumptiva. À admissão, notada anasarca, sarcopenia, esplenomegalia discreta e linfonodos (LN) inguinais bilaterais palpáveis, de até 1 cm; pancitopenia e reação leucoeritroblástica ao esfregaço de sangue periférico. Às tomografias: adenomegalias retroperitoneais e lesões nodulares hipodensas em baço e fígado. Encéfalo sem alterações. Mielograma com parênquima preservado qualitativamente, sem dispoese, estroma reativo, predomínio histiocitário; à Biópsia de Medula Óssea (MO), 3 granulomas epitelioides, Bacilos de Koch em moderada quantidade e coloração de Ziehl-Neelsen positiva, consistente com TB. Líquor e sorologias negativos. Optado por core-biopsy de LN inguinal para diagnóstico diferencial: LH clássico. Iniciado esquema RIPE e após 10 dias, visto prurido intenso atribuído ao LH, refratário a sintomáticos, optou-se por iniciar quimioterapia com esquema AVD (Doxorrubicina, Vimblastina e Dacarbazina), sem Bleomicina devido à idade. Pela Neurologia, após excluídas outras etiologias, os sintomas neurológicos foram interpretados como síndrome paraneoplásica, em recuperação progressiva com o tratamento do LH. **Discussão:** TB possui alta incidência e significativa morbimortalidade no Brasil (80 mil casos novos/ano, sendo 5,5 mil óbitos). Imunossuprimidos podem apresentar clínica inespecífica e formas atípicas da infecção, como extrapulmonar, inclusive que mimetizam e se sobrepõem a Doenças Linfoproliferativas - sendo essencial adequado estudo anatomopatológico. Nos diagnósticos simultâneos de TB à outra condição, prioriza-se iniciar tratamento para o bacilo (esquema RIPE) por 2-4 semanas e, depois, abordar a outra patologia envolvida, embora no contexto de neoplasias com indicação de quimioterapia (QT) o intervalo ideal não está bem estabelecido na literatura. Iniciamos QT precocemente pela gravidade sintomatológica associada ao LH, com resposta clínica favorável e sem toxicidade adicional. Deve-se atentar ao correto estadiamento do câncer para seu tratamento otimizado, visto diagnósticos sobrepostos trazerem esse desafio adicional. Ressalta-se a manifestação paraneoplásica neurológica da paciente, rara no LH, com neuropatia sensitivo-motora e paraparesia, uma vez que as manifestações neurológicas mais descritas são a degeneração cerebelar e a encefalite límbica. **Conclusão:** O duplo diagnóstico relatado se fez possível pela alta suspeição e investigação de múltiplos sítios (MO e linfonodo). Algo que deve ser considerado na prática clínica, sobretudo diante de casos atípicos como este, permitindo tratamento adequado precoce e melhor desfecho clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.357>

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, IMUNOHISTOQUÍMICO E DE RESPOSTA AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM LINFOMA DE HODGKIN

MS Assis^a, VS Jesus^a, JB Nogueira^b,
BAR Santana^a, JLJ Santos^a, KLA Santos^a,
NL Silva^a, LCD Alves^a, IO Silva^a,
DM Schimieguel^a

^a Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju,
SE, Brasil