

quimioterápica na oncologia, contudo tem baixa acurácia na diferenciação entre processos inflamatórios/infecciosos de neoplasia em atividade. Assim, faz-se sempre necessário a biópsia para confirmação de recidiva antes de qualquer conduta terapêutica. O diagnóstico incorreto entre doenças infecciosas, como tuberculose, e neoplasias pode resultar em eventos clínicos graves, como disseminação e agravamento do processo infeccioso ou retardo no tratamento oncológico, de forma que o diagnóstico preciso é importante para o tratamento adequado e sobrevida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.105>

LINFOMA NÃO-HODGKIN

ACOMPANHAMENTO DO SEGUIMENTO TERAPÊUTICO DE PACIENTES: JORNADA DO PACIENTE COM LINFOMA NÃO HODGKIN NO BRASIL

ABM Almeida, ACGD Santos, NVMM Oliveira

Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE), São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Analisar os principais aspectos referentes ao diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de Linfoma não Hodgkin (LNH) no Brasil. **Material e métodos:** Estudo transversal sobre jornada do paciente com LNH. Os dados foram coletados por meio de um questionário online auto preenchido e por entrevistas telefônicas realizadas com pacientes cadastrados no banco de dados da ABRALE. Os dados foram tabulados e foram realizadas distribuições de frequências no Microsoft Excel e SPSS Statistics. **Resultados:** Participaram da pesquisa 891 pacientes portadores de LNH, sendo 62% mulheres e 38% homens. Destes pacientes, predominam a raça/cor branca (63%), faixa etária de 40 a 49 anos, com média de 46 anos de idade. Ao avaliar o tipo de estabelecimento, nota-se que 58% dos pacientes realizam/realizaram o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto 37% através de plano de saúde ou convênio médico. Em ambos sistemas de saúde, a maior parte dos pacientes receberam o diagnóstico em até um mês, mas ao analisar os pacientes que receberam o diagnóstico após 6 meses são, em sua maioria, pacientes do SUS. A maioria dos pacientes (60%) não tiveram dificuldades para obtenção do diagnóstico de LNH. Entre os pacientes que tiveram dificuldades, a maior foi o grande número de consultas médicas até o médico especialista. Enquanto pacientes residentes nas regiões Sul e Sudeste do país são encaminhados ao médico especialista após duas consultas médicas, nas demais regiões os pacientes são encaminhados após 3 ou mais consultas, ou seja, o encaminhamento ao médico especialista é mais fácil nessas duas regiões. Ao serem questionados se já conheciam a patologia antes do diagnóstico, 69% não tinham conhecimento sobre a doença e informam que procuram informações sobre a patologia, predominantemente, na internet. **Discussão:** O linfoma não Hodgkin é um tipo de câncer e, como em outros tipos, o tempo até o recebimento do diagnóstico é fator decisivo no tratamento. Entender como a jornada do paciente é construída nos dois sistemas de saúde, em todas as regiões do Brasil, envolve



ouvir o processo do cuidado com os pacientes, pois eles apresentam indicadores de qualidade do serviço, essenciais para que mudanças efetivas ocorram. **Conclusão:** Os resultados indicam desigualdade de acesso ao diagnóstico de Linfoma de Hodgkin (LNH) no Brasil. O tempo até o recebimento do diagnóstico é menor para quem possui planos de saúde. A maior dificuldade enfrentada pelos pacientes é o grande número de consultas até o médico especialista para confirmação do diagnóstico. Essa dificuldade é maior para pacientes pretos, pardos e residentes das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. A maioria dos pacientes não conheciam a patologia antes do diagnóstico e a principal fonte de informação de pacientes jovens é a internet, enquanto pacientes mais velhos é o médico. Estes resultados são essenciais para compreender a jornada do paciente e colaboram para que mudanças efetivas ocorram no sistema de saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.106>

ADENOCARCINOMA DE CÓLON E RETO ASSOCIADO AO LINFOMA NÃO HODGKIN COMO SEGUNDA NEOPLASIA - RELATO DE CASO

MMR Haikel^a, IL Arce^a, P Vicari^a, AL Tavares^a, VLP Figueiredo^a, G Augusto^a, MSF Franco^b, RS Azevedo^a

^a Hematologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

^b Patologia, Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Adenocarcinoma de cólon e reto (ACCR) tem a segunda incidência neoplásica em mulheres (9,5%), já a associação com uma segunda neoplasia, como Linfoma não-Hodgkin B (LNH-B) é rara. **Objetivos:** Relatar o caso de paciente com diagnóstico de LNH-B após tratamento recente de ACCR. **Relato de caso:** Mulher 50 anos, com dor abdominal, alteração intestinal e hematoquezia recorrente. Internada em outubro de 2018 por piora algica, detectado abscesso de ileopsoas e linfonodomegalias retroperitoneal e inguinal, realizado drenagem do abscesso e antibioticoterapia. Porém pela persistência dos sintomas, foi submetida a biópsia de ganglio inguinal compatível com hiperplasia reacional e colonoscopia de pólipos em sigmoide com neoplasia epitelial vilotubular restrita a mucosa com intensa atipia. Após seguimento ambulatorial por 8 meses, realizou nova colonoscopia, evidenciando adenocarcinoma de reto. Iniciado Capecitabina e radioterapia neoadjuvante em 09/2019 e posterior ressecção cirúrgica. Análise da peça evidenciou ACCR com margens e linfonodos regionais livres, apesar das tomografias com presença de linfonodos axilar E e inguinais. Em 02/2020, novas imagens mostraram linfonodomegalia generalizada e nódulo pulmonar, sendo indicado biópsia de linfonodo supraclavicular com diagnóstico de LNH Folicular 3A, (cd 23, cd 20, bcl-6,

