

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 gânglio 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,



bcl-2, cd 43, cd10 positivos, Ki-67 20%). Biópsia de medula óssea infiltrada por LNH Folicular. FLIPI intermediário. Atualmente paciente em tratamento com protocolo R-CHOP. **Discussão:** Neoplasias malignas primárias múltiplas (NMPM) são definidas como dois ou mais tumores malignos primários não relacionados que ocorrem ao mesmo tempo ou um após o outro. Em revisão da literatura foram analisados 1.104.269 pacientes com câncer com prevalência de NMPM entre 0,73% e 11,7%, e uma incidência que aumenta com a idade. Cada um dos tumores deve ser distinto, e a probabilidade de um ser metástase do outro excluída. Warren e Gates propuseram classificar o NMPM como síncrono se o intervalo entre o diagnóstico dos tumores for inferior a 6 meses e metacrônico se superior a isso, sendo o segundo mais frequente, com uma proporção de 2,7/1. A ocorrência sincrônica de tumor sólido com malignidade hematológica é extremamente rara, especialmente apresentação sincrônica de ACCR e linfoma, que foi estimada em 0,0002%. A fisiopatologia do NMPM é pouco compreendida, fatores de risco incluem tabagismo, etilismo, infecções, imunossupressão, predisposição genética e efeitos tóxicos por antineoplásicos. Em relação ao ACCR e LNH, foi sugerido que o linfoma pode levar ao estado de imunossupressão e predisponha o desenvolvimento da neoplasia sólida. Por outro lado, Hirano et al. relataram um paciente com câncer colorretal não polipose hereditário que desenvolveu LNH após a ressecção curativa do mesmo. Nesse caso, tanto o câncer de cólon quanto o linfoma apresentaram instabilidade do DNA de microssatélites, compartilhando alteração do cromossomo 7 (D7S501). Além disso, alguns estudos descrevem uma crescente relação entre ACCR e Linfoma MALT gástrico (H. Pylori+). A raridade dos casos impede qualquer conclusão quanto à fisiopatologia dessa relação. No caso em questão não foi possível comprovar a concomitância das duas neoplasias, já que a abordagem inicial não investigou linfonodo suspeito em região cervical, mas as peças obtidas na cirurgia apresentavam margens livres e linfonodos regionais não comprometidos, sendo improvável a possibilidade metastática. **Conclusão:** Sob a suspeita de duas neoplasias de linhagens distintas é fundamental que os diferentes padrões de doença sejam considerados. A associação de ACCR e LNH é extremamente rara, o que representa um desafio multidisciplinar em relação abordagem terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.107>

ANÁLISE DE PACIENTES IDOSOS ACIMA DE 85 ANOS COM LINFOMA AGRESSIVO OU LEUCEMIA AGUDA TRATADOS COM QUIMIOTERAPIA

CLM Pereira^a, LFS Dias^a, NF Centurião^a, CCP Feres^{a,b}, LLC Teixeira^{a,b}, MN Kerbauy^{a,b}, GF Perini^{a,b}, LJ Arcuri^a, PMR Souza^a, N Hamerschlag^a

^a Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC), São Paulo, SP, Brasil



Introdução: Com o envelhecimento progressivo da população, vem aumentando também a incidência de diagnóstico de doenças onco-hematológicas agressivas em idosos. Há dificuldade de tratamento devido a comorbidades, disfunções orgânicas e alterações no metabolismo das drogas. **Objetivos:** Avaliar o perfil dos pacientes idosos acima de 85 anos com diagnóstico de linfoma agressivo ou leucemia aguda tratados com quimioterapia, avaliando resposta ao tratamento, morbimortalidade e toxicidade. **Material e métodos:** Estudo multicêntrico, retrospectivo, de coleta de dados do prontuário eletrônico. Critérios de inclusão: idade ao diagnóstico ≥ 85 anos, diagnóstico confirmado de linfoma agressivo ou leucemia aguda de quaisquer subtipos, tratamento com quimioterapia intensiva realizado no Hospital Israelita Albert Einstein ou no Hospital Municipal Vila Santa Catarina entre 2014 e 2021. Critérios de exclusão: tratamento realizado com imunoterapia isolada ou palição ao diagnóstico. **Resultados:** Foram avaliados 11 pacientes, com idade mediana de 88 anos (85-98), sendo dez diagnosticados com linfomas agressivos (5 linfomas difusos de grandes células B, 1 linfoma folicular grau 3B, 2 linfomas indolentes transformados, 1 linfoma T periférico e 1 linfoma de Hodgkin) e um com leucemia linfoblástica aguda Philadelphia positivo. O número médio de comorbidades relatadas foi três, sendo a mais comum hipertensão arterial sistêmica. Eastern Cooperative Oncologic Group (ECOG) variou de 0 a 3, com mediana de 1. Todos os pacientes foram submetidos à quimioterapia intensiva, sendo que 8 dos 11 pacientes (72,7%) realizaram protocolos adaptados para idosos ou ajustes de doses (6 R-miniCHOP, 1 AVD ajustado para função renal, 1 EWALL do idoso) e três receberam doses completas dos medicamentos de protocolos padrões (1 R-bendamustina, 1 R-CHOP e 1 CEOP). Durante o tratamento, 63,6% apresentaram algum tipo de evento adverso ou complicação relacionada ao tratamento, sendo neutropenia febril em 18,2%, quadros trombóticos em 18,2%, hiperglicemia em 18,2%, infecção sem neutropenia em 9,1% e neuropatia grau 3 com miopatia em 9,1%. 8 pacientes (72,7%) apresentaram resposta completa e 3 pacientes (27,3%) evoluíram com progressão de doença e consequente óbito. O fator que mais se associou a sobrevida global (OS) e livre de progressão (PFS) em um ano foi o ECOG > 1 , com OS 100% vs. 50% ($p = 0.02$) e PFS 100% vs. 25% ($p = 0.02$). **Discussão:** Na literatura encontramos que essa subpopulação de pacientes idosos tem menor sobrevida, menor taxa de resposta e mais toxicidade. Não há consenso do tratamento padrão para pacientes muito idosos, sendo importante a adaptação individualizada, analisando diversos fatores associados ao paciente e à doença, e não apenas a idade. Na nossa amostra, encontramos pacientes que apesar de idade muito avançada e presença de comorbidades, tinham bom performance status, toleraram o tratamento e obtiveram resposta completa. **Conclusão:** Apresentamos neste trabalho a avaliação de pacientes muito idosos com doenças onco-hematológicas agressivas. Apesar da pequena amostra, julgamos importante compartilhar nossos resultados com a comunidade científica para auxílio no manejo desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.108>