

especulativo a causalidade do ibrutinib como um fator indutor ou desencadeante. **Conclusão:** Apesar da exposição solar ser o maior fator de risco para o aparecimento de ceratose actínica, alguns estudos relatam que o uso de ibrutinib também pode ser o causador do aparecimento dessas lesões em alguns pacientes. No entanto, relacionar de uma forma direta o uso de ibrutinib e o surgimento de cânceres de pele ainda é especulativo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.370>

LLC: EXPLORANDO COMORBIDADES, TOXICIDADE E SUSPENSÃO DO TRATAMENTO - ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 95 PACIENTES NO HOSPITAL LUXEMBURGO

EMS Kroger^a, GF Mendes^b, JFDCL Casas^b, RLB Lacerda^b, VL Oliveira^a, NCD Amaral^b, JL Vendramini^b, TS Soares^a, FL Nogueira^{a,b}, PHFDCL Casas^{a,b}

^a Hospital Luxemburgo (HL), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução/Objetivos: Este estudo abordou a Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) com foco na análise de um grupo de 95 pacientes durante o período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022, buscando traçar um perfil abrangente da doença. Embora a investigação inicialmente procurasse correlacionar positividade para CD38 com prognóstico, essa associação foi rara na amostra, limitando análises estatísticas. **Material e métodos:** Foi realizada avaliação retrospectiva com base em coleta de dados de prontuários de pacientes do ambulatório de doenças linfoproliferativas do HL e que se encaixavam nos critérios de inclusão: (1) Diagnóstico de LLC/ Linfoma Linfocítico; (2) Ter sido avaliado no HL entre janeiro de 2021 e Dezembro de 2022. Foram critérios de exclusão: (1) dúvida diagnóstica e (2) Indisponibilidade de acesso a exames comprobatórios do diagnóstico. **Resultados:** Os resultados destacaram a faixa etária variada dos pacientes (43 a 89 anos), com uma mediana de 67 anos, sendo a maioria com pelo menos uma comorbidade, frequentemente ligada a doenças cardiovasculares, diabetes e neoplasias. Os sintomas predominantes foram linfonodomegalias e sintomas B. O tratamento diversificado envolveu 55% dos pacientes necessitando de pelo menos uma linha de tratamento, predominantemente na primeira linha com clorambucil em monoterapia (85%). Resultados do tratamento com clorambucil exibiram taxas de resposta parcial (34%) e possíveis respostas completas (7%), porém cerca de um terço (34%) dos pacientes teve tratamento interrompido prematuramente, principalmente por toxicidade. **Discussão:** Em nossa pesquisa, destacamos a predominância de pacientes idosos, em consonância com a literatura atual. A mediana de idade de 67 anos amplifica a coexistência de comorbidades entre os pacientes, uma característica do perfil epidemiológico. Essas comorbidades, por sua vez, influenciam o metabolismo do clorambucil e podem potencializar os efeitos da sua toxicidade. Considerando a

natureza indolente e incurável da doença, o manejo adequado deve priorizar a qualidade de vida e a gestão cuidadosa dos efeitos adversos das terapias. No contexto em que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece o clorambucil como principal terapia, surge o desafio de lidar com possíveis efeitos tóxicos, especialmente pronunciados em uma população idosa e com diversas comorbidades. No HL, o Clorambucil foi usado como primeira linha e em monoterapia por 85% dos pacientes. Essa complexidade aumenta o risco de interrupção do tratamento, sendo observado uma taxa de suspensão de tratamento devido a toxicidade de 34%. e apenas 44% dos pacientes receberam 6 ciclos de clorambucil. A mediana de sobrevida livre de progressão foi de 12 meses. 22 pacientes receberam segunda linha de tratamento, sendo o esquema mais utilizado o baseado em Fludarabina. 18 pacientes faleceram, dentre eles 9 por COVID-19, sendo importante ter em vista a relevância do cenário epidemiológico no período estudado. **Conclusão:** A viabilidade de tolerância ao tratamento proposto deve ser criteriosamente avaliada, considerando-se a alta carga de comorbidades, característica do perfil epidemiológico dos pacientes com LLC. Notavelmente, o uso em monoterapia de clorambucil, opção disponível pelo SUS, não é bem tolerado por alguns pacientes, resultando em interrupções precoces devido a toxicidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.371>

LEUCEMIA DE CÉLULAS LGL ASSOCIADA A PLAQUETOPENIA GRAVE - RELATO DE CASO

JPL Silva

Hospital São Francisco de Ribeirão Preto (HSF), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: A leucemia de grandes Linfócitos granulares (LGL) é uma neoplasia hematológica originada a partir de linfócitos T citotóxicos (85% dos casos) ou de células NK (15% dos casos). São doenças indolentes caracterizadas por citopenias e condições autoimunes, em oposição à leucemia LGL de células NK que apresenta comportamento mais agressivo. A expansão clonal de LGL surge da estimulação antigênica crônica, que promove a desregulação de apoptose, principalmente devido à ativação constitutiva de vias de sobrevivência, incluindo JAK/STAT, MAPK, PI3K–AKT, RAS–RAF-1, MEK1/QUINASE. A idade média ao diagnóstico é 65 anos e o diagnóstico é realizado pela avaliação da medula óssea e sangue periférico. Metotrexato, Ciclofosfamida e Ciclosporina representam a primeira linha de tratamento para a referida comorbidades, com taxas de resposta semelhantes (61,5%–74,4%). **Materiais e métodos:** Coleta de dados de prontuário clínico e revisão bibliográfica. **Resultados:** J.H.R., sexo masculino, 45 anos, procurou atendimento médico no pronto atendimento do Hospital São Francisco de Ribeirão Preto para investigar quadro de petéquias e púrpuras palpáveis localizadas em membros inferiores. Na admissão, informava ter diagnóstico prévio de Púrpura Trombocitopênica Imune desde 1995 e que estava sem seguimento regular do quadro hematológico. Referia que se automedicava com corticoterapia (Prednisona 1 mg/kg/dia) sempre que realizava hemogramas

e constatava presença de plaquetopenia. No hemograma realizado no pronto atendimento, além de plaquetopenia grave (6.000 plaquetas) foi observado presença de linfocitose (linfócitos: 6.450). Na hematoscopia de sangue periférico, 80% dos linfócitos analisados apresentavam morfologia LGL. Paciente foi internado para investigação complementar. As Tomografias (tórax e abdômen) não evidenciaram infecção em atividade e as provas de autoimunidade e pesquisa de colagenoses foram negativas. Na Imunofenotipagem realizada da medula óssea e sangue periférico, foi observado presença de linfócitos LGL clonais para o rearranjo TCR alfa/beta (> 2000 linfócitos LGL no sangue periférico). Na biópsia de medula óssea, foi observado infiltração de 15% da MO por linfócitos LGL. O paciente iniciou tratamento com Metotrexato e após 4 meses, não houve melhora do quadro. Como terapia de segunda linha foi tratado com Ciclofosfamida 100 mg/dia com melhora significativa do quadro e recuperação da contagem de plaquetas. **Discussão:** Apenas 12% dos pacientes com Leucemia de células LGL apresentam como manifestação inicial plaquetopenia grave isolada. As manifestações mais frequentes são neutropenia, esplenomegalia e desenvolvimento de condições autoimunes. **Conclusão:** Como plaquetopenia é uma manifestação incomum de Leucemia LGL, pode ser facilmente confundida com PTI. Trombocitopenia, esplenomegalia e sexo feminino foram associados a taxas de resposta diminuídas ao MTX, CSA ou Cy. As doenças autoimunes estão associadas a taxas de resposta mais elevadas e a trombocitopenia foi um fator de risco independente para pior sobrevida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.372>

AVALIAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA EM UM AMBULATÓRIO DE HEMATOLOGIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

TPFD Nascimento, KG Frigotto, FOC Souza, TS Lichotti, GLV Moraes, MGF Avila, MN Ferreira, JB Barros, ICR Diogo, VRGA Valviessse

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

Introdução/Objetivos: A Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) envolve uma expansão monoclonal de linfócitos B. A maioria dos pacientes são assintomáticos ao diagnóstico. A imunofenotipagem é usada para confirmação e escalas de Rai e Binet para estadiamento. A compreensão do perfil clínico-epidemiológico é fundamental para a suspeição precoce e melhor prognóstico do paciente. O objetivo deste estudo foi descrever o perfil clínico-epidemiológico de pacientes com LLC de um ambulatório de hematologia. **Material e métodos:** Coorte histórica, realizada através de prontuários de pacientes com LLC de um ambulatório de hematologia de um hospital universitário de 2001 a 2022 no Rio de Janeiro. Os dados coletados foram: sexo, idade, sintomas, realização de imunofenotipagem, estadiamento, análise mutacional, conduta,

necessidade de mais de uma linha de quimioterapia, e o seguimento. Foi utilizado o programa Microsoft Excel para tabulação dos dados. **Resultados:** Foram incluídos 51 pacientes, desses 10 encaminhados já com diagnóstico. A idade média foi de 64 anos, sendo 56,9% mulheres. Apenas 41% eram assintomáticos, 39% apresentavam adenopatia, 10% adenopatia com sintomas B e 10% apenas sintomas B. O estadiamento foi Rai 0 em 33,3%, 29,4% Rai I, 13,7% Rai II, 13,7% Rai III e 9,8% Rai IV. Pela escala de Binet, 60,8% eram A, 19,6% B e 19,6% C. A análise mutacional foi realizada em 23,5% para IGHV e 21,6% para deleções TP53 ou 17p. A conduta foi expectante em 66,7% dos pacientes, 29,4% receberam quimioterapia (QT) e 2 pacientes estavam em avaliação para início de QT. Entre aqueles que realizaram QT, 53,3% receberam mais de uma linha de tratamento, com 12,5% tendo análise mutacional. Entre aqueles com uma linha de tratamento, 66,7% tiveram análise mutacional. Durante o estudo, 25,5% abandonaram o tratamento, um paciente faleceu e um teve transformação para síndrome de Richter. **Discussão:** A idade média foi de 64 anos, com maioria do sexo feminino e sintomáticos (podendo indicar uma doença mais avançada ao diagnóstico), diferindo da literatura. A limitação da análise mutacional pode ser pelo acesso restrito, especialmente para pacientes do sistema público de saúde (SUS). A maioria dos pacientes que receberam uma linha de QT tiveram análise mutacional, possivelmente influenciando a seleção do tratamento. Os tratamentos nem sempre foram terapias de primeira linha, devido ao acesso restrito desses medicamentos no SUS. A taxa de abandono do tratamento é um desafio, e o acompanhamento é fundamental por ser uma doença crônica e indolente. A ocorrência de uma transformação para síndrome de Richter e um óbito corroboram com a literatura. As limitações do estudo incluem o acesso restrito aos medicamentos de primeira linha pelo SUS, e a incapacidade de determinar o estágio inicial nos pacientes encaminhados com diagnóstico e tratamento prévios. **Conclusão:** Observou-se média de idade 64 anos, maioria mulheres e sintomáticos, e alta taxa de abandono do tratamento. A maioria foi diagnosticada em estágios iniciais e submetida a conduta expectante. A maior parte dos pacientes que realizaram QT necessitavam mais de uma linha de tratamento, mas poucos desses tinham análise mutacional. O acesso restrito a análise mutacional e aos medicamentos de primeira linha, e a alta taxa de abandono de tratamento, ainda é um obstáculo a ser superado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.373>

DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E HERPESVÍRUS HUMANO 8: UM RELATO DE CASO

GJ Almeida^a, ICR Diogo^a, VL Abreu^a, JVFA Cordeiro^a, TS Lichotti^a, GLV Moraes^a, KG Frigotto^a, NL Fonseca^b, ILS Pinto^b, VRGA Valviessse^a

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