

INCORPORAÇÃO DE NOVOS FATORES DE RISCO AO IPI PARA REFINAR A ESTRATIFICAÇÃO PROGNÓSTICA DE PACIENTES HIV-POSITIVOS COM DIAGNÓSTICO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN

JC Vargas ^{a,b}, EC Chapchap ^c, AL Oliveira ^c,
JD Rocha ^c, FGB Chaves ^c, GF Perini ^c,
O Baiocchi ^{d,e}, J Pererira ^f, N Hamerschlag ^c

^a Américas Oncologia e Hematologia, São Paulo, SP, Brasil

^b Escola de Medicina, Centro Universitário São Camilo (CUSC), São Paulo, SP, Brasil

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

^d Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil

^f Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, Brazil

Introdução: Os avanços na terapia antirretroviral (TARV) melhoraram o prognóstico de pacientes HIV positivos em curso de quimioterapia, porém os linfomas não Hodgkin (LNH) ainda afetam a mortalidade. O manejo de pacientes HIV-positivos com linfoma é complexo, pois as potenciais interações medicamentosas entre quimioterapia, TARV e imunossupressão deve ser manuseada, especialmente nos pacientes em quimioterapia intensiva e/ou uso de inibidor de protease/ritonavir (PI/r). Embora menos validado nesse contexto, o Índice Prognóstico Internacional (IPI) pode prever o prognóstico em pacientes HIV positivos, mas outros fatores de risco, como a contagem de CD4, número de sítios extra nodais, doença bulky podem impactar nestes pacientes. **Objetivo:** Investigar e incorporar novos fatores de risco ao IPI em pacientes HIV positivos com LNH. **Material e métodos:** Estudo multicêntrico retrospectivo que incluiu pacientes HIV positivos com LNH em 5 centros de São Paulo (HIAE 3.7%, UNIFESP 9.3%, ICESP 65.0%, IIER 18.7%, CPO 3.3%) no período de janeiro de 2000 até dezembro de 2019. Os pacientes foram agrupados de acordo com IPI, em seguida, potenciais fatores de risco detectados pela análise univariada foram incorporados e testados em conjunto com o IPI em análise multivariada para prever os desfechos de sobrevida. Regressão logística, modelo proporcional de Cox, regressão de risco competitivo, Kaplan meier (log-rank) foram utilizados. As análises univariadas foram testadas pelo teste do qui-quadrado/fischer ou teste de Wilcoxon/t, de acordo com as características das variáveis. **Resultados:** 214 pacientes foram incluídos e classificados conforme o subtipo de linfoma: linfoma difuso de grandes células B (LNHDGCB) 126/214; Burkitt 79/214; outros subtipos de linfoma (anaplásico, folicular, LNH-T periférico) 9/214; 155/214 eram do sexo masculino, idade média de 43.1 anos (17-79), mediana de CD4 174; albumina média 3,58 g/dL; mediana DHL 529 U/L; mediana Beta-2-microglobulina 3.1 mg/dL; ECOG $\geq$ 2: 22.4% (48/214); Bulky 48.1%; 2 ou mais sítios extra nodais 40.8%; estágio Ann Harbor III/IV 88.3%; IPI escore: baixo I=33,6%; int-baixo II=30,8%; int-alto III=26,2%; alto

IV=9,4%. Em 174 casos, esquemas quimioterápicos foram baseados em: CHOP 66,1%; Burkitt-like, não seria CHOP Like 28,7%; outros 5,2%. No seguimento mediano de 4,1 anos, a sobrevida global (SG) e livre de progressão (SLP): 52,0% (IC95%: 59,1-44,3%) e 49.9% (IC95%: 57,0-42,2%). Na análise multivariada a albumina menor que 3.4 g/dL (HR 1.76 IC95% 1.09-2.83, p 0.020) e IPI HR: 1.30 (IC95% 1.05-1.63, p 0.019) impactaram significativamente SLP. Em relação ao CD4 < 200, houve uma tendência, HR:1.39 e p 0.12, mas não significativa. No subgrupo com linfoma de Burkitt, massa bulky teve HR:1.81 (IC95% 0.97-3.35 p 0.061) e IPI HR:1.31 (IC95% 0.95-1.81 p 0.099). Incluindo albumina e contagem de CD4 ao IPI, um novo modelo estratificou os pacientes em 5 categorias com prognósticos distintos, SLP-4a: I=100%; II=67,6%; III=54,6%; IV=46,2%; V=30.3% (logrank p < 0,001). **Conclusão:** A incorporação da contagem de CD4 e albumina, ao escore do IPI, pode refinar o prognóstico de pacientes HIV com LNH. A equipe deve estar atenta com a interação IP/r e quimioterapia, especialmente nos protocolos mais intensivos e avaliar a mudança da TARV.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.697>

LEUCEMIA PROLINFOCÍTICA T: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

MMS Silva, NAHL Silva, VL Oliveira,
FL Nogueira, MS Magalhães, LP Almeida,
MB Nunes

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

Objetivo: Reportar os desafios para diagnóstico e tratamento da Leucemia Prolinfocítica T (LPL-T) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Materiais e métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente de 69 anos, sexo feminino, com hiperemia, descamação cutânea e prurido há 2 anos, associado a leucocitose leve, cuja imuno-histoquímica (IHQ) de biópsia de pele de julho de 2020 era sugestiva de dermatite espongiótica e lique-noide. Iniciado corticoide sistêmico, com melhora transitória durante seu uso. Evoluiu em 2021 com piora da leucocitose (abril/2021: global de leucócitos 130.450, 75% linfócitos) e surgimento de linfonodomegalias infra e subdiafragmáticas. Realizada imunofenotipagem de aspirado de medula óssea em abril de 2021, podendo corresponder a neoplasia T madura CD4+. No mesmo ano, feita revisão da biópsia de pele com pesquisa de TCL-1, que foi negativa. Sob hipótese de micose fungoide, iniciou-se metotrexato e controle dermatológico. Em propedêutica adicional, PET-TC visualizou linfonodomegalias cervicais, axilares bilaterais, inframamárias, em cadeias ilíacas externas e inguinais bilateralmente, sem aumento significativo do metabolismo glicolítico. Paciente foi submetida a linfadenectomia inguinal bilateral, cuja IHQ mostrou CD3, CD4 +, CD8 -, TCL1 positivo em raras células. TDT negativo, Ki67 20%, CD5+, LEF1 +, BCL2 +, CD30 +, CD56 -, CD7, concluindo se tratar de neoplasia hematológica T, sendo Leucemia Prolinfocítica T e Linfoma de Células T Periféricas SOE as principais hipóteses. Correlacionando-se propedêutica com clínica, e após discussão com a dermatologia, a hipótese

mais provável foi a LPL-T, sendo realizada quimioterapia com protocolo CHOP, entre os poucos esquemas disponíveis no SUS, o qual foi interrompido após 4 ciclos devido a neutropenia febril e ausência de resposta nas lesões cutâneas, apesar de melhora parcial de leucocitose. Em 2023, disponibilizado alemtuzumab, cuja primeira semana foi aplicada em regime de internação para controle de efeitos colaterais. No 11º dia após, notou-se melhora parcial nas lesões cutâneas e redução na contagem global de leucócitos. **Discussão:** A LPL-T é uma neoplasia maligna de células T rara e de curso agressivo. Possui manifestação heterogênea, cursando frequentemente com hiperleucocitose – com predomínio de linfocitose – sendo critério diagnóstico maior a presença de $> 5 \times 10^9/L$ linfócitos com fenótipo da LPL-T; linfonodomegalias, acometimento de medula óssea, esplenomegalia e, por vezes, comprometimento extranodal, como infiltração cutânea e derrames cavitários. A propedêutica deve incluir avaliação de sangue periférico, imunofenotipagem (evidencia clonalidade com identificação de marcadores de células T, sendo comum a expressão de CD52, CD2, CD3 e CD7) e estudo citogenético (sendo observado principalmente rearranjo do cromossomo 14, levando à superexpressão do proto-oncogene TCL-1). Os diagnósticos diferenciais incluem outras doenças linfoproliferativas T. Quanto ao tratamento, a resposta às quimioterapias convencionais é comprovadamente insatisfatória, tendendo a responder ao anti-CD52. **Conclusão:** A LPL-T é uma neoplasia rara e representa desafio diagnóstico, especialmente no cenário da saúde pública, sendo importante sua correta identificação para emprego de terapias que possam apresentar melhores resultados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.698>

LINFOMA DE BURKITT EM PACIENTE IDOSA: UM RELATO DE CASO

T Callai, DH Catelli, CE Wiggers, XPC Huamani,
EC Weinert, CK Weber, NH Dias, AA Paz,
TB Soares

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto
Alegre, RS, Brasil

Introdução/Objetivo: O linfoma de Burkitt (LB) é um linfoma não-Hodgkin de células B agressivo e associado à imunodeficiência. É uma neoplasia diagnosticada mais comumente em pacientes jovens. Nos pacientes acima de 60 anos, a impossibilidade de tratamento quimioterápico agressivo é uma limitação importante para o tratamento. **Métodos:** Trata-se do relato de um caso de LB esporádico típico em um paciente de 88 anos tratada com protocolo R-miniCHOP em um Hospital terciário no sul do Brasil. Relato do caso: Paciente feminina, 88 anos, parda, hipertensa, perfil funcional grau 2 na Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) foi encaminhada ao nosso serviço para investigação de dor, distensão abdominal e perda de 7 kg em 4 meses. Exames laboratoriais de admissão demonstravam hemoglobina 11,2 g/dL, hematócrito 34,2%, leucócitos 7.650/L, neutrófilos 6.150/L, linfócitos típicos 570/L, plaquetas 467.000/L; TGO 20 U/L; TGP 24 U/L; LDH 599 U/L; HBsAg não reagente; antiHCV não reagente; antiHIV não

reagente. Nas tomografias, achados de volumosa lesão expansiva envolvendo glândula adrenal direita, cava inferior e veia renal direita, entendendo-se anterior e lateralmente a aorta, deslocando estruturas, medindo 15,5x15,2x9,8 cm e lesão semelhante contígua envolvendo tronco celiaco e artéria mesentérica superior, medindo 9,8x6,3x4,4cm, sugerindo aglomerados linfonodais. Paciente foi submetida a biópsia de lesão retroperitoneal direita, com anatomopatológico sugestivo de linfoma não Hodgkin de alto grau. O estudo imunohistoquímico confirmou diagnóstico de linfoma de células B (CD 20+, CD10+, Bcl-6+, c-MYC+ e Ki-67 > 95%) de alto grau, sugerindo Linfoma de Burkitt. Após este diagnóstico, foi opção da paciente e familiares, em conjunto com a equipe médica, a realização de protocolo quimioterápico R-miniCHOP. Logo após o C1, evoluiu com redução da dor e distensão abdominal, porém, apresentou síndrome de lise tumoral, revertida com hidratação e uso de rasburicase. Recebeu alta e não apresentou outras intercorrências nos demais ciclos, administrados em nível ambulatorial. Realizado PETCT pós terceiro ciclo, restando apenas pequena atividade metabólica em lesão de retroperitônio a direita (escore de Lugano 2). Atualmente completou seis ciclos do protocolo quimioterápico, com remissão, mantendo PET CT Lugano 2. **Discussão:** O linfoma de Burkitt (LB) é um raro linfoma maduro de células B de alto grau, responsável por 2% de todos os linfomas não-Hodgkin. O BL é curável para muitos pacientes com imunoterapia intensiva multiagente. A eficácia das terapias intensivas para LB é bem conhecida, porém contrabalançada pela potencial morbimortalidade relacionada ao tratamento. A mortalidade relacionada às terapias tem associação significativa com o aumento da idade, menor sobrevida livre de doença e sobrevida global. Por outro lado, em idosos, a menor sobrevida se relaciona também a uma tendência na prescrição de tratamentos menos intensos e uma menor indicação dos tratamentos padrão devido à presença de doenças concomitantes. Há poucos dados sobre o tratamento de pessoas com mais de 60 anos, de modo que não há uma visão consistente sobre a abordagem terapêutica neste grupo selecionado de pacientes. As recomendações preconizam o tratamento com RCHOP, ou alguma modificação do referido regime, como realizado na paciente em questão. **Conclusão:** Esta apresentou ótima resposta inicial e ao final de tratamento, com boa tolerância ao regime adotado, seguindo em acompanhamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.699>

LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B ALK+ E INFECÇÃO CONCOMITANTE POR PARACOCCIDIOIDOMICOSE

RA Assis^a, RIN Rocha^a, MS Moura^b,
PSR Araújo^a

^a Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), Recife,
PE, Brasil

^b Fundação de Hematologia e Hemoterapia de
Pernambuco (HEMOPE), Recife, PE, Brasil

Objetivo: Relatar o caso de paciente recém diagnosticado com Linfoma Difuso de Células B ALK+ (LDCB ALK+). **Métodos:** As