

os achados histopatológicos, concluiu-se tratar de proliferação linfóide atípica de células grandes de imunofenótipo B, podendo corresponder a neoplasia linfoproliferativa pós-transplante com características similares às observadas no Linfoma de Hodgkin clássico (PTLD-LH). **Discussão:** A PTLD-LH é uma doença incomum, correspondendo a 3–8% dos casos. Pode surgir anos após transplante de órgãos sólidos, sendo um reflexo da alteração do sistema imune devido à imunossupressão. O transplante de órgão sólido mais frequentemente envolvido é o renal (52%), seguido de hepático e cardíaco. A associação com o vírus EBV está presente na maioria dos casos (> 90%). **Conclusão:** A PTLD é uma doença rara, com potencial de surgimento após transplante de órgão sólido, cuja apresentação pode ser agressiva e evolução desfavorável.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.359>

LINFOMA DE HODGKIN: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA UNIDADE DE HEMATOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO ANTUNES (HUPAA/UFAL)

MGL Verde, TTM Moura, LA Pereira, JPAS Netto, LSVB Melo, ALR Saldanha, MS Moura, MCA Silva

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió, AL, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin (LH) apresenta incidência com padrão bimodal e acomete adultos jovens e adultos a partir dos 50 anos. A forma clássica corresponde a 90–95% dos casos e o protocolo de quimioterapia (QT) de primeira linha mais difundido no país é o esquema ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina), com grande potencial de cura. No entanto, há probabilidade de refratariedade e recidiva, especialmente em estágios avançados. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com LH na Unidade de Hematologia e Hemoterapia do HUPAA/UFAL nos últimos 9 anos. **Material e métodos:** Dos 40 pacientes incluídos no estudo, 23 (57,5%) eram do sexo feminino, a mediana de idade foi de 32 anos (15 – 67 anos), e 28 (70%) tinham menos de 45 anos. No momento do diagnóstico, 33 pacientes (82,5%) tinham o subtipo esclerose nodular e 22 pacientes (55%) apresentavam estadiamento clínico avançado (20% em estágio III e 35% em estágio IV). A presença de sintomas B ocorreu em 25 pacientes (62,5%) e massa bulky em 14 pacientes (35%). A estratificação de risco foi realizada utilizando os critérios clínico-laboratoriais do Grupo Alemão de Estudos de Hodgkin para o estágio precoce e o escore prognóstico internacional (IPS) para o estágio avançado. Em relação ao estadiamento clínico precoce (18/40), 13 pacientes foram classificados como precoces desfavoráveis. Dos 22 pacientes com doença avançada, 12 tinham IPS > 2. O tratamento de 1ª linha foi ABVD em 100% dos casos e, em 35% destes, foi associada radioterapia. A mediana de seguimento foi de 49,1 meses. A taxa de remissão de 62,5% e 37,5% dos pacientes apresentaram doença recaída/refratária. Na

subpopulação de refratários/recidivados, 67% tinham doença avançada ao diagnóstico, dos quais 40% tinham IPS > 2. Neste subgrupo específico de doença recaída/refratária, 40% fizeram pelo menos 1 ciclo de QT sem bleomicina, em contraste com o grupo de bons respondedores, onde somente 12% fez algum ciclo sem bleomicina (p 0,09; RR 2; [0.94 a 4.220]). Em 2021, houve um pico de diagnóstico (7 casos), em comparação com a média histórica de 4,4 casos, sendo a doença refratária identificada em 5 de 7 pacientes (71%). Em nossa casuística a mortalidade foi de 12,5% (5 pacientes), sendo 4 óbitos no subgrupo refratário/recidiva e 1 óbito durante primeiro ciclo de tratamento por evento neurológico não possibilitando avaliação de resposta. **Discussão:** O perfil clínico-epidemiológico demonstrado neste estudo é compatível com aquele descrito no Registro Brasileiro de LH e em casuísticas de outros estados, assemelhando-se principalmente às da região Nordeste. Sobre o subgrupo com doença refratária/recidivada, houve uma tendência na análise univariada de que a ausência da bleomicina pudesse ser associada a piores desfechos. O maior índice de diagnósticos e de doença refratária/recidivada em 2021, em contraste com a média histórica, pode se relacionar ao atraso diagnóstico decorrente da pandemia de COVID-19. **Conclusão:** O presente estudo é o primeiro a fornecer dados sobre o perfil epidemiológico de LH no estado de Alagoas. Os resultados assemelham-se às casuísticas do Brasil, sobretudo no Nordeste, mas ainda inferiores aos dados de países desenvolvidos e reforçam a importância de implementação de novas estratégias para pacientes com doença de alto risco.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.360>

IMPACTO DO REGIME DE CONDICIONAMENTO PARA PORTADORES DE LINFOMA DE HODGKIN (LH) SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS AUTÓLOGO (TCTH): ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DO DISTRITO FEDERAL

FG Barbosa^a, FZ Piazeria^a, GO Borges^a, MD Teixeirense^a, P Freixo^a, PHM Pereira^a, JVP Neto^b, LHA Ramos^b, RS Vasconcelos^b

^a Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^b CETTRO/Oncoclínicas, Brasília, DF, Brasil

Introdução: A terapia de alta dose (HDT) seguida de TCTH é o tratamento padrão para LH recidivado ou refratário. Até recentemente, carmustina, etoposídeo, citarabina e melfalano (BEAM) era o regime de condicionamento mais comumente utilizado, dada sua eficácia e tolerabilidade aceitáveis. Apesar do sucesso com BEAM, a carmustina está associada a uma série de toxicidades agudas e tardias. Além disso, problemas recentes de fornecimento criaram uma necessidade urgente de regimes de condicionamento alternativos. Vários novos regimes de condicionamento que substituem a carmustina por outros agentes estão sob investigação, o que pode fornecer alternativas eficazes ao BEAM. Ao considerar novos agentes para substituir a carmustina, a lomustina pode ser uma alternativa, conforme demonstrado pelos resultados de

vários estudos prévios. No estudo atual apresentamos uma análise retrospectiva da série histórica de uma instituição privada comparando BEAM vs. LEAM como condicionamento para LH. **Objetivo:** O objetivo foi avaliar toxicidades hematológicas não hematológicas entre os dois condicionamentos citados. **Materiais e métodos:** Realizou-se uma análise retrospectiva de 28 pacientes submetidos ao TCTH autólogo no período de 2000 a 2024 numa instituição privada do DF. As variáveis epidemiológicas, clínicas do LH, viabilidade celular das células CD34+, tipo de condicionamento, tempo de enxertia foram analisados. A análise estatística uni e multivariada foi realizada pelo programa PRISM®. O teste de Mann-Whitney-Wilcoxon foi usado para comparar 2 grupos distribuídos não normalmente. O teste de Fisher foi usado para comparar categorias. **Resultados:** A mediana de idade foi 28,3 anos (variando de 18 a 55 anos); sendo 60,3% de pacientes sexo masculino e 39,7% do sexo feminino. Quanto ao estadiamento clínico Ann Arbor ao diagnóstico: II = 14,2% (n = 4), III = 50% (n = 14), IV = 36,8% (n = 10), Quanto ao tipo de Condicionamento: LEAM = 64,2% (n = 18) e BEAM = 36,8% (n = 10); quanto ao número de terapias prévias ao TCTH: 2 esquemas = 85,8% (n = 24) e 3 esquemas = 14,2% (n = 4), quanto ao esquema de resgate utilizado: ABVD = 100% (n = 28 pacientes), GDP = 64,2% (n = 18), IGEV = 7,14% (n = 2), DHAP = 21,42% (n = 6), ICE = 7,14% (n = 2); quanto a avaliação de resposta pré TCTH: DE = 10,8% (n = 3), RP = 39,2% (n = 11), RC = 50% (n = 14); quanto a terapia de manutenção pós TCTH: 64,2% (n = 18) (tal terapia só foi ofertada após 2019). Quanto ao tipo de mobilização: os pacientes do grupo BEAM (devido ao periodohistorico) foram mobilizados com ciclofosfamida + GCSF (n = 10) apresentando mediana de células CD34+ coletadas de $2,9 \times 10,6/\text{Kg}$ (variando de 1,64 a 9,9) com mediana de 2 coletas de aferese (variando de 1 a 4) e viabilidade celular de 95%. O grupo do LEAM foram mobilizados com protocolo de plerixafor + GCSF (n = 18) com mediana de células CD34+ de 9,2 (variando de 3,7 a 85,2) com mediana de coletas de aferese de 1,5 (variando 1 a 3) e viabilidade celular de 98%. Quanto análise em subgrupos do tipo de condicionamento com tempo de enxertia, grupo BEAM apresentou mediana de 16 dias (variando de 11 a 24 dias) e sobrevida em 100 dias de 100 % e LEAM com 11 dias (variando de 9 a 28 dias) com sobrevida em 100 dias de 95% (1 óbito por falha de enxertia) com $p = 0,001$. **Conclusão:** Neste estudo, apresentamos a análise comparativa retrospectiva de pacientes com LH R/R submetidos a ASCT com condicionamento BEAM/LEAM. Os dados apresentados analisam apenas o estado clínico e as variáveis celulares dos pacientes nos primeiros 100 dias após o transplante. Assim, estudos futuros devem ser realizados para comparar os três regimes de condicionamento além do dia +100 após o transplante.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.361>

SÍNDROME DE ATIVAÇÃO MACROFÁGICA EM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN E TUBERCULOSE DISSEMINADA

LAP Sales, PDS Perez, RCR Queiroz, VL Costa, GG Cunha, VM Souza, LCS Lima, RG Barreto, YV Pinheiro, OCCG Baiocchi

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

Objetivo: Relatar caso de paciente com Síndrome de Ativação Macrofágica (SAM) associada à Tuberculose (TB) disseminada e Linfoma de Hodgkin (LH). **Relato de Caso:** Paciente de 21 anos, previamente hígida, iniciou quadro de febre vespertina, perda ponderal espontânea de 10 kg, náuseas, vômitos e dor abdominal há um mês, sendo encaminhada para investigação em nosso serviço. À admissão, apresentava-se emagrecida e hipocorada, sem adenomegalias. Exames laboratoriais iniciais evidenciaram Hb 9,3 g/dL; HT 27,4%; VCM 78,1 fL; RDW 18,1; Leucócitos $3780/\mu\text{L}$ (Neutrófilos 2268, Bastões 718, Mielócitos 76, Linfócitos 529, Linfócitos Atípicos 113); Plaquetas $139.000/\mu\text{L}$; Reticulócitos $85362/\mu\text{L}$; LDH 735 U/L; Bilirrubinas Totais 0,51 (Direta 0,37 mg/dL; L). Tomografias iniciais demonstravam linfonodomegalias axilares, supraclavicular à esquerda, mediastinais, hilares e retroperitoneais, medindo até 14 mm, além de micronódulos pulmonares padrão árvore em brotamento. Cultura, baciloscopia e teste rápido molecular (TRM) para TB foram negativos no escarro. Optado por biópsia incisional de linfonodo supra clavicular à esquerda, com análise prejudicada por artefatos pré-analíticos. Na 1ª semana de internação, passou a apresentar piora discreta de citopenias, com Hb 8,0 g/dL; além de valores de ferritina de 12441,2 microg/L. Realizado mielograma, que demonstrou numerosas figuras de hemofagocitose. Nesse contexto, iniciado terapia com doses imunossupressoras de dexametasona e imunoglobulina humana devido SAM. Posteriormente, paciente evoluiu com quadro de dor abdominal e elevação de transaminases, com tomografia de abdome demonstrando numerosos micro abscessos, cujo material de punção demonstrou positividade no TRM-TB e anatomopatológico com granuloma caseoso. Foi instituído tratamento para TB disseminada com esquema RIPE, com posterior troca para esquema levofloxacino, etambutol e linezolida, devido hepatotoxicidade. Mesmo com tratamento, seguiu com piora de citopenias, apresentando valores mínimos de plaquetas de $10.000/\mu\text{L}$, com necessidade transfusional. Suspensa linezolida e realizado novo curso de terapia para SAM, dessa vez com pulsoterapia com metilprednisolona e imunoglobulina humana. Novo estudo medular demonstrou retardo maturativa leve nas três séries, e persistência de figuras de hemofagocitose; aspirado com traços positivos no TRM-TB na medula. Diante de evolução, optado por repetir biópsia de linfonodo na mesma topografia, com achados compatíveis com Linfoma de Hodgkin- proliferação linfóide atípica de células grandes, com fundo politípico e positividade para CD15; CD30; CD20 e PAX-5. Até liberação de imunohistoquímica, optado por início de quimioterapia com dose diária de ciclofosfamida 50 MG e Etoposídeo 50 mg por dois dias, considerando gravidade do caso. Paciente passou a evoluir com múltiplas complicações clínicas incluindo neutropenia febril com candidemia, choque séptico, e óbito. **Discussão:** Sabe-se que a SAM pode estar relacionado com doenças linfoproliferativas, incluindo LH, bem como com gatilhos infecciosos. No caso relatado, a TB pode ter sido um fator precipitante para SAM. A resposta imune Th1, necessária para o controle da TB, pode aumentar a hiper-reatividade de linfócitos T citotóxicos e precipitar SAM. **Conclusão:** Há associação entre Linfoma de