

Observou-se que, o intervalo de tempo, entre a data do exame diagnóstico e a data do primeiro tratamento dos pacientes com LNHDGB, no estado do Rio de Janeiro nos últimos 10 anos, foi em até 10 dias em 23,2% dos casos, porém, em 52,9% esse tempo foi de 10 a 90 dias. Esses dados reforçam a necessidade de estratégias de saúde pública direcionadas para reduzir o tempo do início do tratamento, que é uma variável fundamental no prognóstico desses pacientes. Trabalhos com outros desenhos de estudo são necessários para esclarecer melhor as causas que levaram aos intervalos de tempo observados para o início do tratamento dos pacientes com LNHDGB no estado do Rio de Janeiro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.383>

REAL-WORLD USE OF TAFASITAMAB FOR RELAPSED OR REFRACTORY DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA IN THE UNITED STATES BY PRIMARY REFRACTORY STATUS

K Saverno^a, KMZ Savill^b, B Feinberg^b,
J Galvin^a, P Pathak^b, T Amoloja^a, N Epperla^c,
LJ Nastoupil^d

^a Incyte Corporation, Wilmington, United States

^b Cardinal Health, Dublin, United States

^c The Ohio State University, Columbus, United States

^d The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, United States

Objectives: Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is an aggressive lymphoma with variable prognoses. Patients with primary refractory DLBCL tend to have poor outcomes with second-line therapy and beyond. Tafasitamab, a CD19-targeting immunotherapy, combined with lenalidomide, is approved by the US Food and Drug Administration for relapsed or refractory (R/R) DLBCL in adults ineligible for autologous stem cell transplantation. In a recent real-world study, over one in four patients receiving tafasitamab for R/R DLBCL had primary refractory disease. Here, we describe patient characteristics, treatment patterns, and clinical outcomes observed in this study by primary refractory status. **Material and methods:** In this retrospective cohort study, participating physicians from Cardinal Health's Oncology Provider Extended Network abstracted data from eligible patients' medical records into electronic case report forms. Eligible patients were aged ≥ 18 years, initiated tafasitamab for R/R DLBCL on or after October 21, 2020, and had ≥ 4 months of follow-up (however, otherwise eligible patients who died during follow-up were also included). Results were summarized by primary refractory status using descriptive statistics. Primary refractory was defined as disease progression while receiving or ≤ 6 months after completion of first-line therapy. Tafasitamab treatment duration was estimated using the Kaplan-Meier method. **Results:** The analysis included 181 patients, 47 (26%) with primary refractory and 134 (74%) with nonprimary refractory disease. At tafasitamab initiation, 43% of patients in the primary refractory and 49% in the nonprimary refractory subgroups had ECOG PS ≥ 2 , and most

patients had revised International Prognostic Index scores of 3-5 (primary refractory, 83%; nonprimary refractory, 80%). Median (Q1-Q3) follow-up from tafasitamab initiation in the primary refractory and nonprimary refractory subgroups was 5.7 (4.6-7.6) and 6.5 (5.1-9.2) months, respectively. Most patients received tafasitamab as second-line treatment (primary refractory, 70.2%; nonprimary refractory, 72.4%). Median (95% CI) duration of tafasitamab treatment in the primary refractory and nonprimary refractory subgroups was 11.0 (5.8-14.1) and 11.9 (10.5-16.8) months, respectively. Real-world overall response rate (95% CI) was 61.7% (47.8-75.6%) for the primary refractory and 73.1% (65.6-80.6%) for the nonprimary refractory subgroups. At the time of data collection, 35 patients (74.5%) with primary refractory disease and 109 patients (81.3%) with nonprimary refractory disease were still alive, of whom 27 (77.1%) and 94 (86.2%) were still receiving tafasitamab, respectively. **Discussion:** Findings from this study indicate that real-world overall response rates to tafasitamab were favorable among patients with primary refractory and nonprimary refractory DLBCL. Most patients who were alive at time of data collection were still receiving tafasitamab. A limitation is the relatively short follow-up time. **Conclusion:** This analysis supports the clinical benefit of tafasitamab treatment for patients with primary refractory and nonprimary refractory disease. Longer follow-up is required to evaluate long-term outcomes with tafasitamab treatment among patients with primary refractory DLBCL. **Funding:** Incyte Corporation.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.384>

LINFOMA NÃO-HODGKIN COM ACOMETIMENTO DE CONJUNTIVA: UM RELATO DE CASO

ICR Diogo^a, CP Batista^a, GF Marcelino^a,
BPD Santos^a, VL Abreu^a, LM Salla^a,
LB Saavedra^a, KG Frigotto^a, EB Riscarolli^b,
VRGA Valviesse^a

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

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O Linfoma Não-Hodgkin da Zona Marginal (LNHZM) é um subtipo incomum de linfoma não-Hodgkin e possui características histológicas idênticas aos linfonodos envolvidos pelo linfoma, mas sem doença extranodal ou esplênica proeminente. Por mais que sua patogênese ainda não seja completamente compreendida, sabe-se que mutações adquiridas em oncogenes e genes supressores de tumor estão envolvidos. A apresentação clínica é inespecífica e altamente variável, com a maioria dos pacientes apresentando adenopatia periférica indolor nas regiões cervical, axilar, inguinal e/ou femoral. Além disso, estudos de estadiamento demonstram frequentemente envolvimento nodal amplamente disseminado (estágio III ou IV). O baço e outros tecidos extranodais geralmente não estão envolvidos na apresentação, entretanto, a disseminação para esses locais pode ser observada em

indivíduos com doença nodal generalizada. O LNHZM com acometimento extranodal de conjuntiva é uma condição rara e este relato tem como objetivo registrar o seu curso clínico, alterações nos exames complementares, tratamento e desfecho. **Apresentação do caso:** Paciente de 33 anos, sexo feminino, sem comorbidades, com diagnóstico de LNHZM esplênico, último estadiamento Ann Arbor IVB, com acometimento de conjuntiva. Foi diagnosticada com estágio IVA, com medula óssea acometida, tendo sido realizado tratamento com 8 ciclos de quimioterapia (QT) com Rituximab, Ciclofosfamida, Vincristina e Prednisolona (R-CVP). Evoluiu com resposta ao tratamento, porém, após dois anos, foi diagnosticada a recaída da doença: tomografia por emissão de pósitrons - tomografia computadorizada (PET-TC) evidenciou linfadenomegalias, nova esplenomegalia de grande monta e acometimento de conjuntiva, local que foi biopsiado e comprovada a recaída. Fez tratamento com 3 ciclos de Rituximabe, Dexametasona, Citarabina e Cisplatina (R-DHAP), com boa resposta ao tratamento, tendo sido o último ciclo após um ano da descoberta da recaída. Novo PET-TC Pet mostrou resposta parcial, favorável ao tratamento. Fez esplenectomia três meses após a finalização do tratamento devido à esplenomegalia de grande monta, além de citopenias relacionadas (leucopenia, neutropenia e trombocitopenia). Pós-operatório revelou boa recuperação clínica, sendo encaminhada para transplante de medula óssea (TMO). **Discussão e conclusão:** LNHZM é uma doença agressiva, tendo como o diferencial a presença de acometimento conjuntivo. Esse achado clínico é extremamente atípico, sendo comprovado a sua relação com o avanço do linfoma pela biópsia. Além disso, corrobora-se com a literatura a melhora do paciente com os ciclos de R-DHAP. Diante disso, torna-se evidente a importância de relatar uma doença rara junto a uma manifestação ainda mais incomum e que possui evidências de uma boa resposta a um medicamento já comercializado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.385>

LINFOMA FOLICULAR COM LESÕES ÓSSEAS: UM RELATO DE CASO

LG Carvalho^a, AMS Felix^a, VR Oliveira^a,
HL Serrano^a, GBD Ferraz^b, FNT Alvim^b,
MB Figueiredo^b, JV Rodrigues^b,
ALC Monnerat^b, MKP Lusis^a

^a Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói,
RJ, Brasil

^b Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP),
Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ,
Brasil

Objetivo: Relatar um caso de Linfoma folicular com lesões osteolíticas ao diagnóstico. **Material e métodos:** Revisão do prontuário médico, dos exames de imagem e dos histopatológicos. **Relato do caso:** Mulher de 49 anos vem apresentando dor óssea de forte intensidade na região lombo-sacra há um ano. Relata dislipidemia, amigdalectomia na infância e cesárea aos 23 anos. Parou de fumar há 10 anos. A Ressonância magnética mostrou múltiplas lesões ósseas nos corpos vertebrais e bacia e tecido de partes moles invadindo o canal sacral. Dois

meses depois, a paciente notou adenomegalias cervicais e foi encaminhada para o serviço de hematologia do HUAP. Ao exame a paciente tinha fâcies de dor, estava levemente hipocorada, com adenomegalias cervicais e axilares bilaterais. Não havia visceromegalias. A biópsia de um linfonodo cervical diagnosticou Linfoma folicular clássico e a biópsia de medula óssea confirmou infiltração pelo linfoma. As tomografias do estadiamento mostraram lesão expansiva na asa maior do esfenóide e parede posterior da órbita, múltiplas linfonodomegalias no tórax, abdome e pescoço, provável infiltração neoplásica das submandibulares, acometimento ósseo secundário de vértebras cervicais e lombares e lesões heterogêneas nos ilíacos, colos femorais e trocanter femoral esquerdo. Exames laboratoriais: Hemograma: Hb 11 g/dL / Hto 32,8% / VCM:88,5 fL / Plaquetas: 434.000/mm³ / Leucometria 16300/mm³ / Segmentados:13529 / Linfócitos: 1956/ Ausência de blastos. As sorologias para HIV, sífilis e hepatites foram negativas e os exames bioquímicos, dentro da normalidade, exceto a Fosfatase Alcalina que estava aumentada. A biópsia da vértebra L3 confirmou que a origem das lesões ósseas era o Linfoma folicular. **Discussão:** O Linfoma não Hodgkin pode acometer os ossos de forma primária ou secundária. Linfomas ósseos primários ocorrem como lesões únicas ou múltiplas, sem acometimento linfonodal ou visceral e representam cerca de 1% dos linfomas em geral. Os linfomas que afetam os ossos secundariamente são mais frequentes que os primários. O tipo histológico mais encontrado, em ambos os casos é o Linfoma de grandes células B difuso (LGCBD). Ossos longos como o fêmur, as vértebras e a bacia são os mais acometidos. O sintoma principal é a dor óssea e as fraturas ocorrem raramente. As lesões mais frequentes são as osteolíticas, mas lesões osteoblásticas ou mistas também podem ocorrer. Os linfomas indolentes representam apenas 8% daqueles que acometem os ossos. O Linfoma folicular é o linfoma indolente mais comum, caracterizado por adenomegalia generalizada de evolução lenta, por diagnóstico em estádios avançados, pelas recidivas frequentes e pela transformação para LGCBD. O acometimento de sítios extra-nodais como medula óssea, baço, fígado e trato gastro-intestinal é comum, porém o aparecimento de lesões ósseas é muito raro. Dentre as neoplasias hematológicas o Mieloma múltiplo é o tumor que mais frequentemente causa lesões ósseas. O esqueleto é o terceiro sítio mais comum de metástases de tumores sólidos, após o pulmão e o fígado. Os carcinomas são o tipo de tumor mais frequente associado à lesão óssea secundária e as metástases mais comumente se iniciam a partir de neoplasias das mamas, pulmões e próstata. **Conclusão:** Devido à raridade da ocorrência de dor de forte intensidade por lesões ósseas associadas ao Linfoma folicular, a confirmação histopatológica foi necessária para descartar a possibilidade de uma segunda neoplasia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.386>

LINFOMA NK/T EXTRANODAL DO SUBTIPO NASAL EM APRESENTAÇÃO OCULAR E CUTÂNEA

LM Fiorio, ACR Marques, ASA Oliveira,
PHCS Aguiar, GG Cunha, MLRO Almeida,
VMR Souza, L Miloni, LTPB Silva, OCG Baiocchi