

estágio IE, IPI 1. Submetido a 6 ciclos de quimioterapia com protocolo R-CHOP apresentando remissão completa. Recaída precoce do linfoma com massa em região ilíaca direita de extensão retroperitoneal. Submetido a esquema de 4 ciclos de quimioterapia de resgate com protocolo GDP apresentando remissão parcial. Consolidação com transplante de células tronco hematopoiéticas (TCTH) autólogo com protocolo LACE em janeiro de 2024 com remissão completa. **Discussão:** O LPO é um tipo de linfoma que se manifesta com uma ou mais massas no osso, sem acometimento linfonodal. Os pacientes com HIV possuem mais frequentemente sintomas B e acometimento extranodal, como o primário ósseo relatado acima. O LPO geralmente tem prognóstico mais favorável do que a doença nodal clássica. O tratamento consiste em 6 ciclos de quimioimunoterapia com o protocolo R-CHOP e a consolidação com radioterapia também pode ser utilizada. Nesse caso, o paciente apresentou uma recaída de doença precoce e foi tratado com protocolo quimioterápico de segunda linha e consolidação com TCTH autólogo. Na recaída precoce o resgate com terapia celular, CART cell CD19, está associada a maior sobrevida global, mas essa terapia não está disponível no SUS.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.390>

#### RELATO DE CASO - LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM ACOMETIMENTO SECUNDÁRIO DE SNC

HM Candreva, CP Eccard, MD Costa, JB Santos, ACAA Lima, SS Soares, LS Souza, AR Soares, RLR Baptista

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** O Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LNHDGCB) é o subtipo de linfoma B de alto grau mais comum. A doença se manifesta com linfonodomegalia, que pode ser localizada ou generalizada, e o acometimento extranodal pode acontecer em 30% dos casos. O sistema nervoso central (SNC) pode ser acometido tanto ao diagnóstico como na recaída, pode ser isolado ou sincrônico a doença sistêmica e está associado a um pior prognóstico. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 34 anos, sem comorbidades prévias com queixa de dispneia progressiva associada a sintomas B. Procurou emergência e realizou tomografia de tórax que evidenciou massa bulky mediastinal. Submetida a biópsia da massa com diagnóstico de LNHDGCB, tipo ABC. TC de abdome de estadiamento evidenciando lesão pancreática, renal, anexial, retrouterina, duodenal e ovariana bilateral. Diagnóstico de LNH DGCB, tipo ABC, estágio IVB, IPI 4 e IPI SNC 4 (alto risco). Submetida a 6 ciclos de quimioterapia com protocolo R-CHOP e em seguida 2 ciclos de Metotrexato em altas doses sistêmico profilático. Paciente evoluindo com progressão de doença em SNC (nódulos em parênquima) e aumento das massas abdominais. Submetida a quimioterapia de resgate com protocolo com Citarabina e Metotrexato em altas doses e consolidação com TCTH autólogo com condicionamento BuCyVP em abril 2021. Resposta parcial ao TCTH autólogo, com progressão rápida de doença sendo submetida

a cuidados paliativos. **Discussão:** Pacientes com LNHDGCB com IPI SNC elevado apresentam alta chance de recaída da doença em SNC e a profilaxia com Metotrexato em altas doses apesar de indicada por alguns grupos não parece ser efetiva de acordo com estudos recentes. O LNHDGCB com acometimento de SNC tem um prognóstico reservado e a única opção curativa é a quimioterapia que contemple drogas que ultrapassem a barreira hematoencefálica e a consolidação com TCTH autólogo com condicionamento que contemple principalmente Tiotepa, droga não disponível no SUS. A terapia celular com CART cell CD19 é uma opção efetiva para pacientes com LNHDGCB recaído mesmo com acometimento do SNC, o que não acontece nesse cenário com os anticorpos biespecíficos antiCD20 x CD3 que não penetram o SNC.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.391>

#### CENTRAL NERVOUS SYSTEM INVOLVEMENT IN AGGRESSIVE ATLL: CAN WE PREDICT THE RISK IN A DEVASTATING COMPLICATION? EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL FEATURES FROM LATIN AMERICA. A COLLABORATIVE STUDY FROM GRUPO DE ESTUDIO LATINO-AMERICANO DE LINFOPROLIFERATIVO (GELL) & T-CELL BRAZIL PROJECT (TCBP)

N Zing<sup>a</sup>, T Fischer<sup>b</sup>, E Miranda<sup>c</sup>, Y Gonzaga<sup>d</sup>, MA Dias<sup>e</sup>, RLR Baptista<sup>f</sup>, G Duffles<sup>c</sup>, R Schaffel<sup>g</sup>, FL Nogueira<sup>h</sup>, D Bortucchi<sup>i</sup>, RSA Silva<sup>j</sup>, SAB Brasil<sup>k</sup>, KZ Cecyn<sup>l</sup>, VLP Figueiredo<sup>m</sup>, NS Castro<sup>n</sup>, YS Rabelo<sup>o</sup>, GFS Barros<sup>p</sup>, A Hallack-Neto<sup>q</sup>, PPG Radtke<sup>r</sup>, MALHM Conhalato<sup>s</sup>, DV Clé<sup>t</sup>, J Pereira<sup>u</sup>, F Barroso<sup>v</sup>, RR Sousa<sup>v</sup>, H Quintero<sup>w</sup>, D Castro<sup>x</sup>, B Beltran<sup>y</sup>, D Enriquez<sup>z</sup>, J Vasquez<sup>z</sup>, C Roche<sup>aa</sup>, D Artiles<sup>aa</sup>, F Valvert<sup>ab</sup>, L Villela<sup>ab</sup>, C Oliver<sup>ac</sup>, L Korin<sup>ad</sup>, C Pena<sup>ae</sup>, M Roa<sup>ae</sup>, MAT Viera<sup>af</sup>, AV Glasenapp<sup>ag</sup>, A Quiroz<sup>ag</sup>, CS Figari<sup>ah</sup>, R Rios<sup>ai</sup>, S Paredes<sup>x</sup>, EE Saul<sup>aj</sup>, C Bermack<sup>aj</sup>, K Meza<sup>ak</sup>, B Valcarcel<sup>al</sup>, CA Souza<sup>c</sup>, L Malpica<sup>aj</sup>, CS Chiattonne<sup>k,am</sup>

<sup>a</sup> Prevent Senior & A Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), São Paulo, Brazil

<sup>b</sup> AC Camargo Câncer Center, São Paulo, Brazil

<sup>c</sup> Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil

<sup>d</sup> Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, Brazil

<sup>e</sup> Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Brazil

<sup>f</sup> Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) & Oncologia D'Or do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

<sup>g</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil

<sup>h</sup> Hospital Luxemburgo (HL), Belo Horizonte, Brazil

<sup>i</sup> Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, Brazil

<sup>j</sup> HemoMed, Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP), São Paulo, Brazil

<sup>k</sup> Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp), São Paulo, Brazil

<sup>l</sup> Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brazil

<sup>m</sup> Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, Brazil

<sup>n</sup> Hospital de Amor de Barretos, Barretos, Brazil

<sup>o</sup> Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, Brazil

<sup>p</sup> Hospital Aldenora Bello, São Luís, Brazil

<sup>q</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, Brazil

<sup>r</sup> Hospital Santa Marcelina, São Paulo, Brazil

<sup>s</sup> Santa Casa de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Brazil

<sup>t</sup> Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, Brazil

<sup>u</sup> Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brazil

<sup>v</sup> Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Brazil

<sup>w</sup> Universidad del Valle del Cauca, Cali, Colombia

<sup>x</sup> Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Peru

<sup>y</sup> Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima, Peru

<sup>z</sup> Instituto Nacional e Enfermedades Neoplásicas, Lima, Peru

<sup>aa</sup> Hospital Armando Milan Castro, Villa Clara, Cuba

<sup>ab</sup> INCAN, Ciudad de Mexico, Mexico

<sup>ac</sup> Hospital Británico de Montevideo, Montevideo, Uruguay

<sup>ad</sup> CABA-Alexander Fleming Institute, Olivos, Argentina

<sup>ae</sup> Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

<sup>af</sup> Clínica Santa Sofia, Caracas, Venezuela

<sup>ag</sup> Hospital Central Instituto de Previsión Social, Asunción, Paraguay

<sup>ah</sup> Oncosalud, AUNA, Lima, Peru

<sup>ai</sup> Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba

<sup>aj</sup> The University of Texas, MD Anderson Cancer Center, Houston, United States

<sup>ak</sup> Baylor College of Medicine, Houston, United States

<sup>al</sup> George Washington University, Washington, United States

<sup>am</sup> Hospital Samaritano, São Paulo, Brazil

**Introduction:** Adult T-cell leukemia/lymphoma (ATLL) is a mature, peripheral T-cell neoplasm caused by HTLV-1 and its lifetime risk is estimated as 4–7% among HTLV-1 carriers. Acute and lymphoma subtypes are highly aggressive diseases, characterized by shorter survival rates and a high risk of central nervous system involvement (iCNS) compared to other peripheral T-cell lymphomas. Currently, the treatment of ATLL remains a challenging. Our recent study on PTCL epidemiology and outcomes in Latin America (Thais et al. 2023 ASH Meeting)

highlighted ATLL (18%) as the second most frequent subtype of PTCL, likely influenced by our distinct viral epidemiology. **Objective:** It is to assess the prevalence, clinical features, risk factors, and outcomes of iCNS in ATLL in Latin America. **Methodology:** Patients (pts) aged  $\geq 18$  years with newly diagnosed ATLL from GELL (n = 208, 2000–2023, retrospective) and TCBP (n = 83, 2015–2022, ambispective). Overall survival (OS) and progression free survival (PFS) were our endpoints. REDcap Platform (by Vanderbilt) was used to collect and store data, whereas for statistical analysis IBM-SPSS v.24. This trial is registered at Clinical trials (NCT03207789). **Results:** It was enrolled 291 pts, the prevalence of iCNS in ATLL was 7.9% (23/291), considering only aggressive forms (acute 40% and 60% lymphomatous). Pts' characteristics were similar between those without and with iCNS. There was a high frequency of advanced stage (90% vs 82%); ECOG  $\geq 2$  (45% vs 43%); B symptoms (74% vs 56%); elevated LDH (84% vs 78%); and IPI  $\geq 3$  (82% vs 65%) in the iCNS group. Treatment was heterogeneous including: IFN+AZT (74%) for acute subtypes, and CHOP (52%), CHOEP (26%) and EPOCH (2%), for lymphoma subtypes. Less than 30% of both groups achieved complete response at end of first treatment. Two clinical features were identified as possibly associated to iCNS: median age at diagnosis (55 [20–95] vs 44 [23–65];  $p < 0.0001$ ) and extra nodal involvement  $\geq 2$  (32% vs 65%,  $p = 0.005$ ). The entire cohort of ATLL had 60-month OS and PFS of 16% [95% CI: 12–20%] and 9% [95% CI: 5–13%]; with median time of OS and PFS of 7 months (6–9) and 5 months (4–6). iCNS did not have an impact on survival outcomes (60 months OS 14% iCNS (n = 23) vs 16% no iCNS (n = 254),  $p = 0.91$ ; PFS 12% vs 9% no iCNS,  $p = 0.61$ ;) despite being a devastating complication. Outcomes in pts with lymphoma subtypes were slightly better than acute (60 months OS 19% vs 10%,  $p < 0.0001$ ; PFS 12% vs 5%,  $p < 0.0001$ , respectively). **Conclusion:** Unlike other lymphoma subtypes, iCNS in ATLL does not appear to significantly impact outcomes. This paradoxical finding underscores the complexity of ATLL and may reflect the limitations of existing treatment options and the absence of standardized therapeutic protocols for this aggressive malignancy. The lack of significant survival difference, despite the severity of iCNS, points to an urgent need for innovative therapies and more effective treatment strategies. Our analysis identified median age at diagnosis and extranodal involvement as potential risk factors for iCNS, suggesting avenues for future prospective studies to further elucidate their role in disease progression. Given the high prevalence of ATLL in Latin America, there is a unique opportunity to advance our understanding of this disease through region-specific research. Collaborative efforts in this region could pave the way for breakthroughs in the management of ATLL and potentially offer insights applicable on a global scale.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.392>

**LINFOMA DO MANTO E LEUCEMIA LINFOIDE CRÔNICA: PERCEPÇÕES DE MÉDICOS ONCO/HEMATOLOGISTAS E PACIENTES SOBRE SUAS VIVÊNCIAS E TRATAMENTOS**

FCDS Simão, JR Gioseffi, FA Fedozzi, N Melo, CMF Pinto