

comorbidades é fundamental nos pacientes de LMC, principalmente nos casos em uso de nilotinibe e ponatinibe, que apresentam maior risco de eventos cardiovasculares e arteriais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1901>

ACOMETIMENTO PULMONAR NO LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: RELATO DE CASO

BO Ambrósio^a, RDM Blanco^a, AM Cunha^a,
LS Praxedes^a, LMK Ogata^a, AB Requena^a,
JSR Oliveira^b, MSS Almeida^{a,b}

^a Faculdade Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Devido à menor incidência do acometimento do tecido pulmonar no Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB) e a diversidade de diagnósticos diferenciais propostos diante deste quadro inespecífico e achados radiológicos semelhantes entre as patologias difusas do parênquima pulmonar no paciente imunossuprimido, o objetivo do estudo foi relatar um caso de LNHDGCB com acometimento pulmonar ao diagnóstico, assim como revisão da literatura com principais diagnósticos diferenciais. **Método:** Trata-se de relato de caso com manifestações pulmonares relacionadas ao LNHDGCB acompanhado pela equipe de hematologia no HSM. **Descrição do caso:** Paciente sexo feminino, 68 anos, com antecedentes de hepatite B, hipertensão arterial, diabetes mellitus com complicações macrovasculares (IAM e AVCi) e diagnóstico recente LNHDGCB em biópsia de linfonodo. Foi admitida em PS após ciclo1 de quimioterapia, referindo mal-estar, febre e dor torácica. Na admissão, a radiografia de tórax evidenciou área de consolidação em base pulmonar direita e os exames laboratoriais apresentavam leucocitose com elevação de marcadores inflamatórios, sendo descartado infarto agudo do miocárdio com eletrocardiograma e troponina sérica. Devido à imunossupressão e suspeita de infecção pulmonar, optado por internação hospitalar para início de antibioticoterapia, porém sem melhora clínica após 72 horas. Na reavaliação, surgiram opacidades pulmonares alveolares mal delimitadas bilaterais no Rx e múltiplos focos de consolidação em vidro fosco no parênquima pulmonar com espessamentos septais e pequeno derrame pleural à esquerda com atelectasia pulmonar adjacente na TC tórax. Broncoscopia com LBA obteve resultados negativos para rastreios infecciosos. Após término da antibioticoterapia, manteve picos febris diários e necessidade de oxigenioterapia. Diante disso, aventadas outras hipóteses diagnósticas como bronquiólite obliterante com pneumonia em organização, pneumonia fúngica ou infiltração pulmonar relacionado ao LNH. Foi iniciado tratamento empírico com anfotericina e prednisona, além da realização de biópsia das lesões para melhor definição diagnóstica. A paciente evoluiu com melhora clínica e a biópsia confirmou infiltração pelo LNHDGCB em tecido pulmonar. Realizado programação de continuidade da quimioterapia, porém paciente evoluiu com queda do estado geral, diarreia e febre com suspeita de seps.

Reiniciado antibioticoterapia com evolução para óbito durante internação. **Discussão:** O diagnóstico final de acometimento pulmonar secundário ao linfoma em paciente com imunossupressão durante a quimioterapia, idade avançada e outras comorbidades é desafiador e requer profunda avaliação clínica e investigação, pois apresentam achados semelhantes às outras afecções pulmonares. Dentre os padrões de imagem podem ser encontradas consolidações, broncograma aéreo, opacidades em vidro fosco, nódulos e derrame pleural, achados presentes em outras afecções, como a BOOP, pneumonias fúngicas ou bacterianas. **Conclusão:** Devido aos vários diagnósticos diferenciais, a avaliação inicial de pacientes com LNH associado a febre e achados pulmonares deve incluir exames laboratoriais e radiológicos. Na persistência dos sintomas, a realização de métodos invasivos deve ser considerada. Em casos complexos e refratários ao tratamento inicial, a agilidade na realização da biópsia pulmonar pode modificar as condutas terapêuticas com melhores resultados no tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1902>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO DE MIELOMA NAS REGIÕES BRASILEIRAS DE ENTRE OS ANOS DE 2013 A 2024

DS Medeiros, LGFB Lima, MHF Nascimento

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico do Mieloma Múltiplo no Brasil no período de 2013 a 2024, por meio da análise de parâmetros disponibilizados pela plataforma virtual TabNet, disponibilizado no Painel Oncologia. Essa análise pode ter como desfecho o melhor alocamento de recursos para o enfrentamento dessa enfermidade. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, retrospectivo e analítico que examina a distribuição dos casos de Mieloma Múltiplo no Brasil. A avaliação foi baseada em parâmetros como tempo de tratamento, distribuição por região, número de casos por sexo e faixa etária, utilizando a plataforma TabNet, uma ferramenta desenvolvida pelo DATASUS para tabulação de informações a partir dos dados do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram analisados dados de 36.307 pacientes diagnosticados com Mieloma Múltiplo no período de janeiro de 2013 a julho de 2024. **Resultados:** No últimos onze anos no Brasil foram contabilizados 36.307 novos casos de mieloma múltiplo, sendo o ano de 2022 aquele com maior número de novos casos, somando 4.597 pacientes atingidos por essa enfermidade durante esse ano. Quando se faz a divisão entre as regiões do País, o sudeste apresenta o maior número de novos casos entre os últimos onze anos, chegando a um total de 17.248 casos. Em seguida, a região nordeste aparece logo atrás, com um total de 8.418 diagnósticos, depois a região Sul (6.653), seguida do Centro Oeste (2.602), por último o Norte do país (1.376). Até julho de 2024, foram contabilizados 1.045 novos casos, sendo predominante, novamente, na região sudeste com 487 novos diagnósticos. Acerca da distribuição entre os sexos, a doença prevalece