

LHc em primeira linha, nos dias 1 e 15 de ciclos de 28 dias, por até 6 ciclos. **Métodos:** Estudo clínico aberto não-randomizado para avaliar o regime AEVD como tratamento de primeira linha em pacientes com diagnóstico recente de LH no Hospital Municipal São José em Joinville, Brasil. **Resultados:** Vinte e cinco pacientes com diagnóstico de LHc foram incluídos. A mediana de idade ao diagnóstico foi de 27 anos (intervalo: 18-66), 56% eram homens e a maioria dos pacientes tinham doença com estágio II (60%, n = 15), sintomas B (56%, n = 14) e DHL elevado (52%, n = 13). Para estágios III-IV (n = 5), 3 pacientes apresentaram IPS alto risco (escore > 2; 60%). Para doença localizada (n = 20), alto risco conforme GHSG foi observado em 16 pacientes (n = 80%). Todos os pacientes passaram por 3 a 6 ciclos de quimioterapia e não se observou evento adverso com necessidade de internação hospitalar, interrupção ou descontinuação de tratamento. A taxa de resposta global foi de 96%, com 1 paciente (4%) refratário apresentando progressão da doença após 5 ciclos da combinação, 4 pacientes (16%) com resposta metabólica parcial e 20 pacientes com resposta metabólica completa (80%). Com mediana de seguimento de 46 meses, foram observadas 5 recidivas (21%), com mediana de 26 meses (intervalo: 9-38). Três pacientes necessitaram de terapia em terceira linha, e 2 em quarta e quinta linha. Brentuximabe-vedotina foi utilizado por 1 paciente em terceira e um em quinta linha, e nivolumabe por um paciente em quinta linha. Dois pacientes apresentaram perda de seguimento após mudança de estado. Um óbito foi observado, 26 meses após o início do tratamento com AEVD, no contexto de transplante autólogo de células hematopoiéticas em terceira linha. A probabilidade de sobrevida livre de progressão em 4 anos foi de 76% (intervalo de confiança, IC 95%: 60%-95%); e a probabilidade de sobrevida global em 4 anos foi de 96% (IC 95%: 88%-100%). No seguimento atual, não se observaram efeitos tóxicos tardios ou outras alterações clínicas de interesse com a combinação. **Conclusões:** A utilização de etoposídeo (AEVD) como substituição à bleomicina em decorrência de desabastecimento foi segura e factível, com eficácia comparável ao regime padrão (ABVD) neste contexto. Espera-se que o avanço do tratamento de LHc, atualmente impactado por estudos com a incorporação de terapias-alvo em primeira linha, aumente a sobrevida destes pacientes. Na mesma medida, espera-se que a falta de acesso a estas combinações, ou eventos de desabastecimento como o aqui reportado, não comprometam abordagens com intuito curativo nesta população.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1932>

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA COM CRISE BLÁSTICA LINFOIDE B AO DIAGNÓSTICO: RELATO DE 2 CASOS

LR Damasceno^a, MB Araujo^a, MN Goularte^a, MEDES Rosa^a, MP Lacerda^{a,b}, GS Bublitz^{a,c}, AOM Wagner^d, M Molossi^b, IS Boettcher^b, AC Dalloglio^b

^a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville, SC, Brasil

^b Hospital Municipal São José (HMSJ), Joinville, SC, Brasil

^c Centro de Diagnósticos Anátomo Patológicos (CEDAP), Joinville, SC, Brasil

^d Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), Joinville, SC, Brasil

Introdução: A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma neoplasia mieloproliferativa caracterizada pela presença do cromossomo Philadelphia, resultante da translocação entre os cromossomos 9 e 22, formando o oncogene BCR-ABL1. Apesar dos avanços no tratamento com inibidores de tirosina-quinase (TKI), a progressão da LMC para a crise blástica mieloide ou linfóide representa um grande desafio clínico, sobretudo em pacientes idosos ou com comorbidades limitantes à quimioterapia citotóxica. **Objetivo:** Descrever 2 casos de LMC com crise Blástica Linfóide B ao diagnóstico, atendidos no Hospital Municipal São José de Joinville em 2024, com discussão de sua apresentação clínica e evolução com o tratamento. **Resultados:** Caso 1 - Mulher, 23 anos, sem comorbidades, iniciou há cerca de 1 ano com astenia, náusea pós-prandial e cefaleia aos esforços. Aspirado de medula óssea (MO) com aumento da celularidade, predominando precursores granulocíticos em diferenciação e acúmulo de células imaturas, com imunofenótipo revelando 34% blastos linfóides B e 56% de série granulocítica. Painel mieloide CD34+, CD20-, CD3-, CD43+, MPO+, e linfóide, CD19+, PAX5+. BMO confirmou os achados com população de células B, TdT positivas. Confirmada mutação BCR-ABL1 p210 por PCR. Recebeu indução com protocolo BFM com nilotinibe, coagulopatia sem sangramento relacionada à asparaginase, e elevação de transaminases com necessidade de suspensão de nilotinibe. Alta após 59 dias de internação, e aspirado de medula óssea com doença residual mínima (DRM) negativa e imunofenotipagem de líquor sem células neoplásicas. Recebe TKI e aguarda reavaliação citogenético-molecular na consideração de terapia adicional. Caso 2 - Homem, 76 anos, DPOC, limitação funcional moderada, astenia, fadiga, perda de peso e leucocitose com desvio escalonado. No aspirado de MO, foi identificado predomínio de precursores mielóides com aumento de blastos, e imunofenótipo com 46,3% de células imaturas (CD45+fraco CD34-/+) de linhagem linfóide B (CD79AC+ CD19+). BMO confirmou população de linfoblastos B, TdT positivos. Presença de mutação BCR-ABL1 p210 por PCR. Pela idade e recusa em receber quimioterapia intensiva, iniciou-se prednisona 100 mg e imatinibe 600 mg, com necessidade de redução para 400 mg com melhora parcial de citopenias. Imunofenotipagem de medula com 0,08% de progenitores linfóides B após 6 semanas do tratamento, com desmame de prednisona, manutenção de imatinibe 400 mg, e com independência transfusional. Aspirado de controle após 4 meses de TKI, já sem corticoterapia, com DRM negativa (< 0,001%). **Discussão:** O diagnóstico de crise blástica em LMC é um cenário desafiador, sobretudo em pacientes idosos ou frágeis. A evidência do melhor tratamento quando sua ocorrência se dá ao diagnóstico é incerta, e diferentes abordagens em conjunto com TKI podem ser consideradas. Evidencia-se a necessidade de avaliação citológica, imunofenotípica, histológica e citogenético-molecular para o adequado manejo/diagnóstico. **Conclusões:** Apesar das limitações inerentes ao sistema

público, o manejo de crise blástica linfóide B de LMC ao diagnóstico em nosso contexto foi factível em pacientes com diferentes perfis, que consequentemente necessitam de abordagens individualizadas de tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1933>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO LINFOMA NÃO HODGKIN NA REGIÃO CENTRO-OESTE

NV Gimenès, MF Dias, AB Mingati, TS Aquino, DFB Rêgo, MPP Oliveira, ESM Almeida, ALP Sousa, IV Bastos, CBCD Carmo

Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF, Brasil

Objetivos: Revisar e descrever as características epidemiológicas do Linfoma Não Hodgkin (LNH) no Centro-Oeste (CO), com a proposta de identificar os fatores de risco e padrões de incidência que, posteriormente, podem ser alvos de estratégias novas de rastreio para diagnóstico precoce. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, realizado na região CO, com dados obtidos a partir do DATASUS. Foram analisados dados do período 2018-2023, a coleta de informações ocorreu em fevereiro de 2024. O estudo foi baseado nos casos onde foi diagnosticado o LNH, tendo como variáveis analisadas: faixa etária, sexo, ano do diagnóstico, tempo de tratamento, região do diagnóstico, unidade federativa do diagnóstico e modalidade terapêutica. **Resultados:** No período analisado, foram documentados 41.532 casos de LNH no Brasil. A região que apresentou maior quantidade de novos diagnósticos foi a Sudeste, com 44,9% (n = 18.688), em contrapartida, a CO representou apenas 5,9% (n = 2.491) dos casos. Dentre estes, percebe-se uma predominância no sexo masculino, 54,5% (n = 1.358), em relação ao feminino, 45,5% (n = 1.133). Quanto à faixa etária, tem um maior acometimento na população de 60 a 64 anos, com 12% (n = 305) dos casos e uma menor incidência entre a de 20 a 24 anos, com 3% (n = 76). Em relação ao tratamento mais empregado, observa-se o uso da quimioterapia em 71,6% (n = 1.786). Quanto ao tempo de tratamento, verificou-se que 36,6% (n = 914) dos casos duraram até 30 dias, enquanto uma duração superior a 60 dias foi observada em 26% (n = 652) destes. Durante o período, o ano de 2019 foi o de maior incidência, com 554 novos casos, enquanto que 2018 apresentou somente 307. **Discussão:** Os resultados analisados mostram uma discrepância na quantidade de casos de LNH entre as diferentes regiões do Brasil, que está diretamente relacionada à densidade demográfica e desenvolvimento de cada região. Nota-se que a região CO, caracterizada pela densidade demográfica reduzida e pelo desenvolvimento regular em saúde, apresenta números inferiores tanto de diagnóstico, quanto de tratamento. A faixa etária mais acometida pelo LNH está associada à senescência, sendo este processo reconhecido pela Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALLE). No quesito tratamento do LNH, a predominância da quimioterapia é destacada, junto a sua eficácia. Apesar disso, é necessária uma abordagem individualizada para cada paciente. Embora a maioria dos tratamentos tenha duração

de até 30 dias, é notória a proporção significativa de pacientes que requerem tratamento prolongado. **Conclusão:** A análise do perfil epidemiológico do LNH na região CO revelou importantes informações acerca dos padrões de incidência e do tratamento da doença. A região estudada, ao ocupar o penúltimo lugar entre os casos diagnosticados, evidencia a relação entre densidade demográfica/desenvolvimento regional e a incidência dos casos, destacando a necessidade de políticas públicas nas áreas com menor acesso aos centros de referência e maior investimento nas áreas de maior população.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1934>

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA MORBIMORTALIDADE DESENCADEADA PELA DENGUE

JPO Gomes^a, JGDV Holanda^a, LD Carvalho^a, GNR Silva^a, ALP Sousa^a, FBJ Croitor^a, APM Paiva^a, ESM Almeida^a, GM Silva^a, GC Vieira^b

^a Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, DF, Brasil

^b Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Revisar e analisar as características clínicas e demográficas da dengue no país, buscando identificar os fatores de risco e os padrões de incidência dos distúrbios hematológicos associados, com o intuito de desenvolver estratégias preventivas e de manejo mais eficazes para conter a progressão da doença. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo, usando dados coletados da base de dados DATASUS, de 2013 a 2023, nas regiões do Brasil. Foram analisados os seguintes critérios: internação, sexo, faixa etária e região. **Resultados:** De 2013 a 2023, foram internadas 451.536 pessoas com dengue em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. A região com o maior número de internações foi o Nordeste, com 31,43%, seguido pelo Sudeste (30,29%), Centro-Oeste (19,67%), Norte (9,8%) e Sul (8,77%). A faixa etária mais afetada foi a de 20-59 anos (14,07%), seguida por 30-39 anos (12,99%). As faixas etárias menos afetadas foram as acima de 80 anos (3,78%) e as menores de 1 ano (2,07%). **Discussão:** Entre 2013 e 2023, o total de casos de dengue é atribuído ao clima tropical e às estações chuvosas, que favorecem a reprodução do mosquito *Aedes aegypti*, vetor da doença. Nota-se que o aumento de casos está ligado à expansão urbana e à falta de saneamento básico, criando um ambiente propício para a proliferação do mosquito. A faixa etária mais afetada, de 20-59 anos, encontra-se associada à maior exposição dessa população, em locais de trabalho e estudo. Observa-se a baixa incidência em crianças menores de 5 anos, que pode ser atribuída à dificuldade de diagnóstico, haja vista a dificuldade de distinguir a dengue de outras doenças febris agudas, além da ocorrência de casos assintomáticos. No Sul, a taxa de incidência é de 8,77%, explicada pelo clima mais frio, que dificulta a proliferação do mosquito. No Nordeste, a morbidade hospitalar por dengue é de