esquema R-CHOP + manutenção como a primeira linha a ser aplicada, 31% o esquema R-bendamustina + manutenção, 13% apenas R-bendamustina e 9% apenas o R-CHOP. Acerca do perfil demográfico desses profissionais 80% dos respondentes é da região Sudeste do país, sendo 53% atuantes na cidade do Rio de Janeiro. Em relação à COVID-19, 44% declarou ter mudado seus procedimentos, sendo destacadas a substituição dos esquemas infusionais por orais e a restrição às internações. Nosso trabalho tem diversas limitações porém confirmamos que há heterogeneidade na escolha dos tratamentos para o LCM. Surpreende que a maioria tenha acesso aos principais fatores de risco e considere a troca do tratamento inicial em muitos casos, com exceção do status P53 ainda pouco disponível. Finalmente, a pandemia resultou em mudança nas condutas em número elevado de casos. Esperamos que este estudo possa servir de base para um estudo mais sofisticado, de "mundo real", no LCM.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.398

397

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDADE HOSPITALAR DO SUS POR LINFOMA NÃO-HODGKIN

J.F. Fernandes [a], B.M.S. Gomes [a], P.P. Katopodis [a], B.C.R. Silva [a], C.A. Martins [a], G.P. Bertholucci [a], L.F.M. Moraes [a], M.O. Andrade [a], J.A.B. Leão-Cordeiro [b], A.M.T.C. Silva [a]

[a] *Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil*
[b] *Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil*

**Objetivos:** Linfomas são transformações neoplásicas de células linfoides normais que residem, principalmente, em tecidos linfoides. São morfologicamente divididas em linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin (LNH). O LNH compõe um grupo heterogêneo de tumores malignos das células B e T que surgem nos linfonodos, nodais, ou em outros locais, extranodais, como placas de Peyer, baço, tonsilas e outros. O paciente com LNH deve ser avaliado conforme a anamnese e exames físicos, podendo apresentar as seguintes manifestações: linfadenopatias, febre, sudorese noturna, emagrecimento, massa mediastinal, síndrome da veia cava superior e, em casos da doença extranodal, o trato gastrointestinal é o mais acometido. Assim, este estudo tem como objetivo definir o perfil epidemiológico de mortalidade por linfoma não-Hodgkin, no Brasil. **Metodologia:** Estudo epidemiológico descritivo, longitudinal e observacional. Os dados foram coletados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), na plataforma do DATASUS, no período de janeiro de 2008 a maio de 2020, referentes aos óbitos no ambiente hospitalar do SUS por linfoma não-Hodgkin, considerando a cor e o sexo dos pacientes acometidos. **Resultados:** No período analisado, houve 15.416 óbitos hospitalares do SUS devido ao linfoma não-Hodgkin, no Brasil. O sexo masculino foi o mais acometido, com 8.923 (57,9%) mortes, enquanto o sexo feminino foi responsável por 6.493 (42,1%) óbitos. As possiblidades da variável cor da pele são: branca, preta, parda, amarela, indígena e as que não foram notificadas. A cor branca correspondeu a maior taxa de mortalidade hospitalar no SUS, com 46,3% (n = 7.138) do total; a indígena, a menor, com 0,07% (n = 11). As cores parda, preta e amarela apresentam os números de óbitos, respectivamente, de: 4.650 (30,2%), 587 (3,8%) e 179 (1,2%). Os dados em que não foram informados a cor representam 18,5% dos óbitos (n = 2.851), notificados no SIH/SUS. **Discussão:** A mortalidade por LNH foi mais expressiva entre indivíduos da cor branca, em ambos os sexos. Todas as outras cores seguem o mesmo padrão em relação ao sexo, exceto a indígena, que demonstrou superioridade de óbitos no sexo feminino (8 mortes de mulheres e 3 mortes de homens). **Conclusão:** O LNH representa um grupo heterogêneo de doenças, cujo diagnóstico, estadiamento e índice prognóstico são essenciais para melhor definição dos riscos e do plano terapêutico. A partir do estudo, foi possível observar a distribuição, entre o sexo e a cor, dos óbitos nos hospitais do SUS, devido ao LNH, durante o período avaliado. Além disso, os dados supracitados podem auxiliar no manejo dos pacientes com a patogenia, no entanto, tais dados devem ser continuamente revisados, tendo em vista que há indivíduos em que a cor não foi notificada. Portanto, torna-se imprescindível, ao observar a taxa de óbitos, a realização de novos estudos voltados para a melhoria das técnicas de diagnóstico, da classificação histopatológica e, até mesmo, para o desenvolvimento de novas drogas para o tratamento, o que permitiria melhorar a sobrevida de pacientes com LNH.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.399

398

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR DOENÇA DE HODGKIN E LINFOMA NÃO HODGKIN EM HOSPITAL TERCIÁRIO DO RIO DE JANEIRO

E. Bruno-Riscarolli [a], G. Sadigurschi [a], K.G. Frigotto [a], T.L.D. Santos [a], G.S. Braga [b], V.R.G.A. Valviesse [a]

[a] *Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil*
[b] *Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO), Duque de Caxias, RJ, Brasil*

**Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por Doença de Hodgkin e por Linfoma não Hodgkin no Hospital Gaffrée e Guinle. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo utilizando dados referentes às internações por Doença de Hodgkin (DH) e Linfoma não Hodgkin (LNH) realizadas no Hospital Gaffrée e Guinle (HUGG), localizado no estado do Rio de Janeiro (RJ), no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2019. Os dados foram coletados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e as variáveis sexo, faixa etária e taxa de mortalidade foram selecionadas. O programa *Excel* foi utilizado para tabulação e análise dos dados. **Resultados:** Foram analisados dados da internação de 152 pacientes, sendo 73,68% (n = 112) da amostra referente a casos de LNH e 26,32% (n = 40) de DH. Em relação ao sexo, 75% (n = 30) dos pacientes internados por DH foram do sexo feminino e 25%

(n = 10) do masculino, enquanto 58,93% (n = 66) dos pacientes internados por DH foram do sexo masculino e 41,07% (n = 46) do feminino. A faixa etária com maior número de internações na DH foi de 20-29 anos (35%), enquanto que nas internações por LNH foi de 50-59 anos (30,35%). Durante o período estudado a taxa média de mortalidade nas internações por DH foi de 2,5%, enquanto por LNH foi de 12,5%. **Discussão:** Linfomas podem ser classificados em dois grupos principais: Doença de Hodgkin (DH) e Linfoma não Hodgkin (LNH). Em relação ao perfil epidemiológico, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a DH é mais comum em homens e as faixas etárias mais acometidas são: 15 a 29 anos, 30 a 39 anos e 75 anos ou mais. No presente estudo, a faixa etária com maior percentual de internações por DH foi a de 20-29 anos, correspondendo ao primeiro pico da doença. Já o LNH possui distribuição etária variada sendo mais comum em faixas etárias mais elevadas. Dados do INCA evidenciam que o número de casos de LNH duplicou nos últimos 25 anos, principalmente entre pessoas com mais de 60 anos. Foi observado um maior acometimento entre 50 a 59 anos, de acordo com o panorama atual da doença. Em relação ao Estado do RJ, local onde está situado o HUGG, a estimativa de incidência do LNH em 2020, segundo o INCA, é de 6,3 casos a cada cem mil homens e 4,0 casos a cada cem mil mulheres. Já a estimativa da DH é de 1,65 casos a cada cem mil homens e 0,75 casos a cada cem mil mulheres. Tais dados vão de acordo com o maior número de internações por LNH em comparação à DH. Contudo, vale ressaltar que este achado pode ser fruto de uma apresentação por vezes mais agressiva no LNH, além dos protocolos de tratamento quimioterápico para a doença em questão, que incluem internações programadas. Em ambos os tipos de linfoma a incidência é maior no sexo masculino, porém, neste estudo, foi encontrado maior percentual de internações por DH em mulheres. **Conclusão:** Evidenciou-se um perfil epidemiológico distinto de internações entre pacientes internados com DH e com LNH. Observou-se um maior número de pacientes internados e uma maior taxa de mortalidade por LNH se comparado à DH. Devido ao número crescente de casos, estudos descritivos avaliando o perfil de internação dos pacientes com LNH e DH são de extrema relevância para melhor entendimento do perfil epidemiológico, auxiliando assim o diagnóstico, tratamento e seguimento dos pacientes.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.400

399

## PNEUMONIA PÓS-OBSTRUTIVA POR ACOMETIMENTO TRAQUEOBRÔNQUICO SECUNDÁRIO AO LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO

M.B.V. Lima [a], J.P.C. Serra [b], L.T. Silva [a], I.C.V. Barbosa [a], V.H.G. Souza [a], A.P. Silva [a]

[a] *Serviço de Hematologista da Clínica, Assistência Multidisciplinar em Oncologia (AMO), Salvador, BA, Brasil*
[b] *Serviço de Pneumologia da Clínica, Assistência Multidisciplinar em Oncologia (AMO), Salvador, BA, Brasil*

**Introdução:** O Linfoma de Células do Manto (LCM), frequentemente, pode apresentar-se ao diagnostico acometendo sítios extranodais, porém o envolvimento traqueobrônquico secundário é pouco relatado. **Caso clínico:** Paciente masculino, 86 anos, em investigação há 1 ano de lesão infiltrativa periorbital bilateral, evidenciada por ressonância magnética de órbitas e com pneumonia bacteriana, segundo episódio em 6 meses, requerendo internação hospitalar. Relatava perda ponderal de 10 kg no período, obstipação e episódios de hematoquezia. Ao exame físico, edema infiltrativo periorbital bilateral e linfonodos palpáveis em região cervical e submandibular. Tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou lesões polipoides no lúmen da traqueia, brônquios principais e alguns brônquios lobares e segmentares bilaterais, associado á pneumonia pós-obstrutiva; além de linfonodomegalias mediastinais, supraclaviculares, cervicais, axilares e diafragmáticas. TC de abdome mostrou massa bulky em ceco. Biópsia excisional de linfonodo axilar revelou completa substituição do tecido linfóide por células neoplásicas de núcleo pequeno e arredondado positivas para CD20, CD5, Cíclica D1, Bcl-2 e Ki67 20% compatível com Linfoma de Células do Manto. O mesmo padrão anatomopatológico e imunohistoquímico foi visto nas lesões traqueais biopsiadas por broncoscopia. **Discussão:** O LCM corresponde a 7% dos Linfomas não Hodgkin de células B maduras e cerca de 25% dos pacientes apresentam-se com doença extranodal ao diagnóstico. Os sítios mais acometidos são: o trato gastrointestinal, órbita, mama e tórax. O envolvimento traqueobrônquico secundário ao LCM é uma manifestação intratorácica rara e geralmente ocorre em doença disseminada. O aspecto e a localização das lesões do trato respiratório, a presença de calcificações, a associação com alterações do parênquima pulmonar e a correlação com á clínica, direcionam para o diagnóstico diferencial. Dentre esses, destacam-se neoplasias traqueais primárias, tuberculose, amiloidose e traqueobroncopatia osteocondroplástica. Estudo avaliando sítios extranodais de acometimento do LCM com base em TC, revelou envolvimento pulmonar em 7% dos casos ao diagnóstico, sem envolvimento endobrônquico. É possível que o envolvimento endobrônquico no LCM seja subdiagnosticado, uma vez que a broncoscopia não é realizada rotineiramente, exceto em casos de achados anormais na TC de tórax. O acometimento traqueobrônquico por linfoma pode ser uma causa de pneumonia pós-obstrutiva de repetição, cujo manejo deve comtemplar o tratamento da condição oncológica de base. No caso relatado, o paciente vem sendo submetido a tratamento quimioterápico com esquema R-COP, associado á profilaxia de sistema nervoso central com MADIT. Até o momento, cursa com boa tolerância quimioterápica, sem novos episódios de infecção respiratória ou internação hospitalar. **Conclusão:** A pneumonia pós obstrutiva pode ser a manifestação inicial do LCM, com envolvimento endobrônquico secundário. Esse relato de caso, reforça a necessidade de aumentar a suspeição clínica dessa rara condição, principalmente em pacientes com diagnostico de LCM, apresentando-se com infecção respiratória de repetição.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.401