

volumosa. Na avaliação inicial, apresentava-se hipocorada e instável hemodinamicamente, sendo necessários transfusões de 4 unidades de CHAD, 1L de cristalóide, além de droga vaso-ativa. Realizou EDA que mostrou coágulo em duodeno sem sangramento ativo. Devido a persistência da hemorragia digestiva alta, complementou-se a investigação com angioTc abdominal que mostrou conglomerado de lindonodomegalias circundando a aorta e em associação a coleção heterogênea com bolhas gasosas de permeio em comunicação com terceira porção do duodeno e fístula aorto-duodenal. Cirurgia Vascular interviu com correção endovascular da fístula com stent Advanta através de punção em artéria femoral. O estudo imunohistoquímico do linfonodo foi compatível com Linfoma de Hodgkin clássico, sendo posteriormente iniciado tratamento com ABVD. **Discussão:** Linfoma de Hodgkin corresponde a aproximadamente 10% de todos os linfomas e sua maior incidência ocorre em adultos jovens, segunda e terceira década de vida. A manifestação clínica pode ocorrer com apenas linfonodomegalias ou com sintomas constitucionais associados e prurido. Relatos de fístula aorto-entérica (FAE) como complicação de linfomas são raros. FAE relacionada à malignidade foi relatada em uma minoria de casos, principalmente como uma complicação de tumores sólidos, como carcinoma do pâncreas e do trato gastrointestinal, ou metástases de outros tumores abdominais. Encontramos um único relato de caso descrevendo FAE em um paciente com linfoma Hodgkin refratário, que havia envolvimento de retro-peritônio e desenvolveu sangramento gastrointestinal maciço, mas associado ao início da quimioterapia pois, em geral, linfomas respondem rapidamente ao início da quimioterapia deixando lacunas nos tecidos, predispondo a sangramentos. No entanto, nosso paciente apresentou-se com esse quadro clínico ainda na fase de investigação da neoplasia. Apesar de ser uma apresentação rara, a suspeição do diagnóstico é fundamental para o adequado manejo do paciente. **Conclusão:** A raridade da apresentação clínica de fístula aorto-duodenal associado ao Linfoma de Hodgkin torna o diagnóstico desafiador. No entanto, deve-se reconhecê-la, pois é uma condição frequentemente fatal, exigindo manejo imediato desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.094>

IMPACTO FINANCEIRO DE ACALABRUTINIBE COMPARADO COM IBRUTINIBE NO TRATAMENTO DE LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO (LCM) RECIDIVADO OU REFRATÁRIO (RR) NA PERSPECTIVA DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR BRASILEIRO

LYC Garcia ^a, GN Ribeiro ^b, RS Tavares ^c,
KP Viana ^a, GT Silva ^a, AF Marinato ^d,
JV Pinto-Neto ^e

^a AstraZeneca do Brasil

^b Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^c Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

^d Grupo Viva, Novo Hamburgo, RS, Brasil

^e Centro de Câncer de Brasília (Cettro), Brasília, DF, Brasil

Objetivos: Acalabrutinibe é um BTKi de segunda geração que apresentou eficácia comprovada no tratamento do LCM RR. Em uma comparação indireta, no cenário de LCM RR, acalabrutinibe demonstrou melhor perfil de segurança em relação a ibrutinibe. Neste contexto clínico, este estudo objetiva avaliar uma possível redução no impacto financeiro com a utilização de acalabrutinibe vs ibrutinibe no tratamento do LCM RR, na perspectiva do sistema de saúde suplementar brasileiro. **Métodos:** Foi realizada uma análise do impacto financeiro para utilização de acalabrutinibe vs ibrutinibe, considerando apenas custos de medicamento, em horizonte de 12 meses, para a população coberta por planos de saúde, utilizando o número de beneficiários informado pela ANS e considerando também uma situação hipotética de uma operadora de saúde com um milhão de vidas. A incidência de LCM foi estimada com base nos dados de incidência de LNH do INCA associados à proporção de LCM entre os LNH, de acordo com literatura internacional. A frequência de tratamento de segunda linha foi baseada em opinião de 60 especialistas. Quanto ao market share, considerou-se um cenário de uso de acalabrutinibe por 60% dos pacientes elegíveis e 40% de uso de ibrutinibe, sem considerar outras possíveis terapias nestes pacientes. Os custos dos medicamentos consideraram a tabela CMED com base no preço fábrica (ICMS de 18%). **Resultados:** O uso de acalabrutinibe vs ibrutinibe, no cenário analisado, ocasiona uma economia de R\$ 171.942 por paciente/ano, sem considerar custos relacionados a toxicidade. Considerando toda a população com acesso à saúde suplementar no cenário de market share considerado, há uma potencial de redução de R\$ 7.634.267 em um ano. Na situação hipotética de uma operadora com 1 milhão de vidas, estimam-se 2 novos paciente com LCM RR em 1 ano e o custo anual do tratamento destes pacientes seria R\$ 1.375.542,24 e R\$ 1.031.656,32 para ibrutinibe e acalabrutinibe, respectivamente (redução de R\$ 343.885,92). **Discussão:** Avaliar o impacto financeiro é fundamental para guiar a tomada de decisão no sistema de saúde por gestores e profissionais de saúde. Em nosso estudo, mesmo não utilizando um modelo completo e considerando apenas o horizonte temporal de 1 ano, ficou evidente a diferença de custo de tratamento entre acalabrutinibe e ibrutinibe. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou que a escolha de acalabrutinibe vs ibrutinibe para pacientes com LCM R/R e indicação de BTKi representa uma economia para os planos de saúde. **Conflitos de interesse:** Os autores Laura Yolanda Chialanza García, Karynna Pimentel Viana e Gabriel Toffoli da Silva são funcionários da AstraZeneca do Brasil.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.095>

LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO COM PROGRESSÃO EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL – UM RELATO DE CASO

AB Godoi, B Veroneze, MEB Abreu, G Campos,
JSH Farias, MM Kozonoe

Hospital Erasto Gaertner (HEG), Curitiba, PR, Brasil



Linfoma de Hodgkin (LH) é primariamente uma doença linfodnodal e complicações neurológicas são raras. Geralmente é uma manifestação tardia e representa uma complicação séria e potencialmente fatal para o paciente. Sua incidência tem sido reportada como menor que 0,2%. As lesões podem acometer o Sistema Nervoso Central de maneira primária ou secundária, sendo a disseminação hematogênica provavelmente seu principal mecanismo. A maior parte das lesões acometem região supra tentorial, frequentemente envolvendo córtex cerebral e leptomeninges. Decorre principalmente de doenças recaídas. Devido à sua raridade, há limitação no conhecimento sobre as características clínicas, prognóstico e manejo desta complicação neurológica do LH. Consequentemente, não há guideline específico para guiar a tomada de decisão terapêutica. Nosso paciente manifestou doença de Hodgkin sistêmica, subtipo esclerose nodular, que progrediu doença em SNC. Trata-se de um paciente 30 anos, masculino, branco, asmático, tabagista ativo e usuário de cannabis que em 2019, durante investigação de icterícia, esplenomegalia maciça, linfonodomegalias e pancitopenia, teve o diagnóstico de LH clássico esclerose nodular. Apresentava células multinucleadas de Reed-Sternberg em meio a linfócitos, histiócitos e neutrófilos, com CD20, CD15 e CD30 positivos nas células neoplásicas, KI-67 40%. Realizou PET/CT com lesões linfonodais supra e infradiafragmáticas (SUV máximo 22 em linfonodos de até 3 cm no mesentério e hilo pulmonar; e SUV 5 em inguinais de 5 cm), lesões ósseas e esplenomegalia hipermetabólica de aspecto neoplásico linfoproliferativo viável, sendo estadiado como Ann Arbor IVB. Fez na época, de julho a novembro/2019, 4 ciclos de ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vinblastina e Dacarbazina), de forma irregular devido a faltas e atrasos por conta do paciente. Após o quarto ciclo mantinha linfonodopatia inguinal direita de 3 cm e um novo PET/CT mostrou resposta insatisfatória (Deauville 4). Em julho/2020 realizou nova biópsia que confirmou o mesmo diagnóstico inicial, tratando-se então de doença refratária. Após 1 mês desta última biópsia, um ano do diagnóstico, paciente evoluiu com episódios de crise convulsiva tônico clônica e agitação psicomotora. Realizou tomografia de crânio que evidenciou lesão hiperdensa no lobo occipital direito com efeito compressivo sobre o ventrículo lateral ipsilateral. Foi submetido a biópsia da lesão, que comprovou LH em SNC: CD15, CD20, PAX5 positivo, CD30 inconclusivo, CD 45 negativo, Ki-67% positivo em 80% dos núcleos das células atípicas. Aventada na época, possibilidade de LNH em SNC, foi enviado material para imunofenotipagem, que surpreendentemente evidenciou presença de 3,2% de células de tamanho e complexidade altos, CD15, CD30 e CD95 positivos, sugestivas de células de Reed-Sternberg. Paciente recusou-se a receber quimioterapia intratecal, então foi submetido a radioterapia em SNC (30Gy/10F com boost em região de lesão até 44Gy) e quimioterapia sistêmica em segunda linha (3 ciclos de DHAX - oxaliplatina, citarabina e dexametasona). Apesar de novos atrasos e faltas no tratamento, paciente obteve resposta clínica, está assintomático e aguarda reavaliação com novo PET.

LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO RECÉM-DIAGNOSTICADO NO CONTEXTO DE DESABASTECIMENTO DE BLEOMICINA: TRATAMENTO COM DOXORRUBICINA, ETOPOSÍDEO, VIMBLASTINA E DACARBAZINA (AEVD)

MP Lacerda^{a,b}, SJ Jr^b, JC Oliveira^b, GS Macedo^b, AP Tomazelli^b, AC Dalloglio^b, GR Gastal^b, IS Boettcher^b, FS Tavares^b

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

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

Introdução: A combinação de doxorrubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina (ABVD) representa a principal opção de tratamento em primeira linha para o Linfoma Hodgkin clássico (LH). Desde 2018, o desabastecimento de bleomicina no Brasil têm trazido consequências graves aos pacientes com LH. No âmbito da medicina privada, instituições têm feito o uso de A+AVD, esquema no qual a bleomicina é substituída por brentuximabe-vedotina, ou importado a bleomicina de forma independente. Para diversas instituições públicas, entretanto, estas opções não são acessíveis. **Objetivo:** Avaliar a segurança e a eficácia da combinação AEVD (doxorrubicina; etoposídeo, em substituição à bleomicina, na dose de 100 mg/m²; vinblastina e dacarbazina) para tratamento de LH em primeira linha, nos dias 1 e 15 de ciclos de 28 dias. **Métodos:** Realizamos 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 mais de 18 anos e diagnóstico de LHc entre junho e novembro de 2020 foram incluídos. Quatorze pacientes (56%) eram homens, com mediana de idade de 27 anos (variando de 18 a 66 anos). A maioria dos pacientes tinham doença Estágio II (60%, n = 15), tinham sintomas B (56%, n = 14) e lactate-desidrogenase (LDH, 52%, n = 13). Para estágios III-IV (n = 5), 3 pacientes apresentaram IPS alto risco (score >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 realização de PET-CT ocorreu exclusivamente fora da nossa instituição. Oito pacientes tiveram acesso a PET-CT no ínterim, todos com score Deauville de 1-3. A taxa de resposta global foi de 96%, com um paciente apresentando progressão da doença após 5 ciclos. Sete pacientes tiveram avaliação de final de tratamento (FT) apenas com TC, com 5 respostas completas (RC) e 2 respostas parciais (RP), com ambos os pacientes RP mantiveram remissão após 10 e 12 meses. Avaliação ao FT com PET-CT (n = 18) resultou em DS 1-3 em 72% (n = 13), 4 em 22% (n = 4) e 5 em 6% (n = 1). Todos os 5 pacientes DS 4-5 foram submetidos a biópsia após avaliação FT, com confirmação de LH recidivado ou refratário (RR) em 4 casos (mulher de 22 anos, estágio IV, alto risco com doença

