

OS. Similarly, age ≥ 60 years (HR 1.08, $p < 0.001$), involvement of ≥ 4 nodal areas (HR 1.27, $p < 0.001$), and high LDH (HR 1.65, $p = 0.002$) predicted decreased PFS. Serous effusions (HR 2.09, $p = 0.05$), albumin < 3.5 g/dL (HR 2.82, $p = 0.05$), B-symptoms (HR 2.00, $p = 0.006$), involvement of ≥ 4 nodal areas (HR 1.21, $p = 0.014$), and BM infiltration (HR 2.11, $p = 0.05$) were the main predictors for HT. **Conclusion:** Although it is characteristically an indolent disease, we demonstrated that a significant portion of FL patients have shortened survival. We confirmed this prognostic heterogeneity, particularly considering the clinical staging and tumor burden. Therefore, FL patients with AS-HTV had higher HT rates and early-relapses, both classic adverse prognostic markers, as well as a tendency to higher mortality. Additionally, we identified clinical and laboratory predictors for HT, which may in a near future direct adapted-risk therapeutic strategies.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.654>

CIRCULATING CELL-FREE DNA (CCFDNA) CONCENTRATIONS MEASURED BY CAPILLARY ELECTROPHORESIS: HIGH COST-EFFECTIVENESS IN DISCRIMINATING DLBCL PATIENTS AND ASSOCIATIONS WITH HIGH TUMOR BURDEN

LAPC Lage, HF Culler, CO Reichert, KS Oliveira, GG Lima, FA Freitas, RO Costa, D Levy, V Rocha, J Pereira

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brazil

Introduction: DLBCL is a malignancy with marked clinical, biological and prognostic heterogeneity. Its different outcomes may be predicted by the identification of molecular biomarkers. Therefore, quantification of circulating cell-free DNA (ccfDNA) and circulating tumor DNA (ctDNA) have emerged as minimally invasive methods able to predict its prognosis. However, such measurements are based on the use of costly technologies and with restricted access in clinical practice. Here, we aimed to quantify ccfDNA in DLBCL using capillary electrophoresis (CEF), a low-cost and widely available methodology, in order to establish prognostic associations between its serum concentrations, clinical characteristics and outcomes. **Methods:** This prospective study involved 54 DLBCL patients, diagnosed at USP, from 2019 to 2020, and 23 healthy-controls. All cases were treated with 6-8 cycles of R-CHOP. Plasma samples were collected from DLBCL at three moments: at diagnosis, after the 4th CT cycle and at the end of treatment. ccfDNA was extracted using the QIAamp MinElute ccfDNA kit and quantified by CEF (Agilent 2100 Bioanalyzer). Comparison between two groups was performed using the Mann-Whitney test, and between three groups using the Kruskal-Wallis test. The cut-off for [ccfDNA] (1147 ng/ μ l) was determined by ROC methodology. Survival curves were constructed using the KM method and Log-Rank test was used to assess the relationship between variables and outcomes, and $p \leq 0.05$ was considered significant. **Results:** The median age at diagnosis was 57 years and 61.1% were female. Advanced-stage was observed in 59.3%, 29.6% had ECOG ≥ 2 , 52.6% had

IPI ≥ 3 , and 44.4% had bulky ≥ 10 cm. BM infiltration and involvement of ≥ 2 EN sites occurred in 5.6% and 16.8%, respectively. With a median follow-up of 32 months, the medians OS and EFS were 32 months (95% CI 28-35) and 31 months (95% CI 28-34), respectively. The ORR was 76% (95% CI 63.5-86). The overall mortality rate was 20.4% (95% CI 11.1-32.3). ccfDNA concentrations were significantly higher in DLBCL compared to controls ($p < 0.001$), however, it did not differ significantly between samples from DLBCL collected at the 3 different time points ($p = 0.602$). We observed positive associations between ccfDNA [] in diagnostic DLBCL samples and biomarkers of high tumor burden, including higher LDH levels ($p = 0.003$), bulky ($p = 0.011$), ECOG ≥ 2 ($p < 0.001$), and IPI ≥ 3 ($p = 0.069$). However, ccfDNA [] at diagnosis were not statistically associated with ORR ($p = 0.264$), nor with clinical outcomes, including OS (1-year OS: 92% for [ccfDNA] < 1147 ng/ μ l vs 76% for [ccfDNA] ≥ 1147 ng/ μ l, $p = 0.217$) and EFS (1-year EFS: 92% for [ccfDNA] < 1147 ng/ μ l vs 69% for [ccfDNA] ≥ 1147 ng/ μ l, $p = 0.270$). We believe that the short follow-up time and sample number restriction may have contributed to the lack of statistically significant association between ccfDNA [] and responses/outcomes observed. In this sense, cohort expansion and NGS techniques for ctDNA identification are ongoing to assess its potential impact as a prognostic biomarker in our cohort. **Conclusion:** We demonstrated that ccfDNA [] measured by CEF were able to accurately discriminate healthy individuals from DLBCL, highlighting its potential role as a minimally invasive diagnostic biomarker. Furthermore, ccfDNA [] at diagnosis in DLBCL patients were positively associated with markers of high tumor burden and adverse prognosis. Our results suggest that measurement of ccfDNA by CEF may be a highly cost-effective methodology to identify high-grade B-cell NHLs and recognize DLBCL subgroups with adverse clinical-prognostic characteristics.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.655>

LESÃO RENAL AGUDA PÓS RENAL POR COMPRESSÃO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B BULKY

EW Silva^a, JPF Giacomelli^a, GCL Belini^a, TS Hahn^a, MFL Pezzi^a, BK Losch^a, LV Calderan^a, AH Schuck^a, LM Lorenzini^a, SC Wisintiner^b

^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

^b Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: A lesão renal aguda (LRA) é um quadro frequente dentro da clínica médica, havendo diversas etiologias, dentre elas a compressão extrínseca das vias urinárias. Esta compressão pode ser causada por tumores de origem local, como neoplasias ginecológicas, colorretal e, menos frequentemente, massas linfonodais de grandes dimensões. **Objetivo:** Relatar um caso de LRA pós renal devido compressão ureteral por linfoma difuso de grandes células B Bulky (LDGCB). **Relato de caso:** Paciente feminina, 45 anos, previamente hipertensa,

relatou que iniciou com dores abdominais, principalmente em fossa ilíaca esquerda com irradiação para região lombar associado a episódios de febre. As dores ocorriam em caráter intermitente, buscando atendimento devido à piora da intensidade. Ao realizar investigação inicial, haviam achados sugestivos de doença linfoproliferativa em exames de imagem, com derrame pleural, esplenomegalia, conglomerado linfonodal abdominal de grandes dimensões, associado a outros linfonodos abdominais e inguinais. Além disso, havia azotemia, a qual foi atribuída à compressão extrínseca do ureter pela presença de hidronefrose e melhora importante das escórias nitrogenadas após passagem de cateter duplo J. Ademais, realizou-se toracocentese diagnóstica e, por fim, biópsia de linfonodo inguinal, o qual confirmou o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B. Dessa forma, iniciou-se protocolo terapêutico R-CHOP com boa resposta clínica e sem complicações dignas de nota. **Discussão:** O LDGCB é o subtipo histológico mais comum de linfoma não-Hodgkin (LNH), representando aproximadamente 25% dos casos de LNH do mundo. Na apresentação clínica, esses pacientes geralmente manifestam uma massa sintomática de rápido crescimento no pescoço ou no abdômen. A presença de sintomas B é observada em 30% dos pacientes. Em até 40% dos casos a doença surge em tecidos extramedulares extranodais, cujo local mais comum é o trato gastrointestinal - apesar de poder surgir em qualquer outro tecido. Ela pode, ainda, acometer secundariamente outros órgãos, especialmente rins, pulmões, medula óssea (MO) e o sistema nervoso central. A LDGCB pode ser, também, altamente invasiva, levando à compressão de vasos, nervos periféricos e outras estruturas, como no caso, o ureter. A paciente foi definida com doença bulky em função de seu linfoma ter mais de 10 cm de diâmetro em suas múltiplas linfonodomegalias e conglomerados linfonodais retroperitoneais, identificados por exame de imagem. Outra causa importante de azotemia nesses pacientes é a síndrome de lise tumoral. Contudo, neste caso, apesar de ter ocorrido elevação dos níveis de ácido úrico e fosfato, foram inferiores ao necessário conforme os critérios de Cairo-Bishop. **Conclusão:** Em suma, o diagnóstico e o tratamento devem ser feitos de forma rápida e eficaz, objetivando evitar complicações compressivas das linfonodomegalias que, conforme o acometimento, agregam significativa morbidade ao quadro clínico e manejo do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.656>

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CELULAS B NO TESTICULO: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

KAM Martins^a, ML Marinho^b, CSD Lopes^c,
RR Oliveira^d, CM Vieira^e

^a Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH),
Belo Horizonte, MG, Brasil

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

^c Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
(PUC Minas), Belo Horizonte, MG, Brasil

^d Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas,
MG, Brasil

^e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de
Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG,
Brasil

Objetivos: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) representa o principal subtipo de linfoma não Hodgkin em países desenvolvidos, com pico aos 64 anos e sendo mais comum em homens. Em termos de localização, apenas 30% dos casos relatados têm origem extranodal, cujo testículo representa apenas 1 a 2% de todos linfomas. Este relato de caso objetiva destacar os principais aspectos epidemiológicos e prognósticos do LDGCB apresentado em sítio primário atípico. **Relato de caso:** Homem de 67 anos, ex-tabagista, com história familiar de irmão com linfoma aos 36 anos e irmã com câncer de mama, procurou urologista em Jun/21 com dor testicular. Submetido a exames, LDH 124, AFP 7,7, HCG <2,0 e TC de pelve com nódulo em testículo esquerdo. Com suspeita de câncer de testículo, foi submetido a orquiectomia radical esquerda no mesmo mês. O laudo anatomopatológico mostrou uma neoplasia primária, medindo 2,9x1,6 cm, restrita ao testículo, sugerindo linfoma não Hodgkin maligno. A avaliação imuno-histoquímica foi positiva para CD20, CD45 (difuso), Ki-67 (60%) e negativa para CD3, CD10, MUM1 e BCL6, compatível com LDGCB do testículo. Com performance status ECOG 0, livre de infecções virais e sem vestígios de metástase por PET-CT, foram administrados 6 ciclos do esquema R-CHOP-21 (de julho a novembro/21), considerando a potencial agressividade biológica do tumor. Apresentou excelente tolerância ao tratamento, com apenas parestesia grau 1. Em remissão completa, mantém acompanhamento ambulatorial com revisão laboratorial trimestral. **Resultados:** Para revisão da literatura, foram selecionados artigos de revisão e relatos de caso, utilizando os descritores: diffuse large B cell lymphoma, testis, epidemiology e treatment, publicados, nos últimos 5 anos, nas plataformas PubMed, UpToDate e WHO. **Discussão:** Dentre as neoplasias testiculares, os linfomas malignos, como LDGCB, apresentam elevada tendência a acometimento bilateral e disseminação extranodal para pele, medula óssea, pulmões e SNC. Geralmente identificado em estadios clínicos avançados, o diagnóstico de LDGCB é feito pelo algoritmo de Hans, que utiliza três marcadores tumorais: CD10, BCL-6 e MUM1. A presença de marcadores de células maduras, como CD20, CD79-alfa e CD45, indicam que a origem da célula tumoral é pós-germinativa na fase plasmablastica, indicando maior capacidade de proliferação e evasão dos mecanismos imunológicos, tornando a neoplasia mais agressiva. Embora a primeira linha de terapia com intuito curativo seja o regime R-CHOP, a taxa de remissão varia entre 30 e 60%, dependendo da variação morfológica, e cerca de 10 a 15% dos pacientes têm a forma crônica progressiva. **Conclusão:** O caso relatado é um representante de linfoma em sítio primário atípico, com baixo índice de remissão e alto risco de evolução, se não tratado adequadamente. O perfil imuno-histoquímico do tumor supracitado apresenta sinais de agressividade, todavia até o presente momento o paciente apresentou excelente resposta ao tratamento quimioterápico padrão-ouro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.657>