

INTERNAÇÕES POR LINFOMA NÃO HODGKIN EM CRIANÇAS NO ESTADO DO PARÁ NOS ÚLTIMOS 5 ANOS

DO Costa, DG Barbosa, MYF Lobato, BP Farias, RAS Galdino, SC Franco, CVCD Nascimento

Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil

Objetivo: Caracterizar o perfil epidemiológico das internações por Linfoma Não Hodgkin em crianças no estado do Pará nos últimos 5 anos. **Material e métodos:** Estudo ecológico que utilizou dados referentes às internações por Linfoma Não Hodgkin (LNH) em crianças no estado do Pará, no período de 2016 a 2020, disponíveis na base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Analisou-se a epidemiologia dessas internações abordando as variáveis ano de internação, distribuição por região de saúde, faixa etária, sexo e número de óbitos. **Resultados:** Foram notificadas 352 internações por Linfoma Não Hodgkin em crianças no Pará. Quanto aos anos com maior número de internações, encontram-se 2018 (33,23%) e 2019 (25,28%). Em relação à distribuição por Região de Saúde, a região Metropolitana I foi a que mais se destacou, com 82,67% dos casos, seguida do Baixo Amazonas (16,47%), e, por fim, Carajás, Araguaia e Xingu, cada uma com apenas uma notificação. Tratando-se da faixa etária, obteve-se que 49,71% dos indivíduos possuíam idade entre 5 e 9 anos; 32,1% entre 10 e 14 anos; 17,33% entre 1 e 4 anos; 1,07% eram menores de 1 ano. No que tange ao sexo da população, 73,58% eram do sexo masculino, enquanto 26,42% eram do sexo feminino. Por fim, observou-se 14 óbitos por essa causa. **Discussão:** O LNH é uma neoplasia hematológica com importante incidência mundial, que é influenciado por fatores extrínsecos como a infecção por Epstein Bar, e intrínsecos, como a genética; e ao analisar a distribuição das internações por LNH no Pará, a região metropolitana possui o maior índice, o que reflete a maior possibilidade de diagnóstico devido à concentração dos centros de referência em oncologia e tecnologias em saúde nessa. Ao estudar a faixa etária, nota-se a concordância com a literatura internacional, visto a diminuta taxa encontrada em crianças menores de 1 ano, e a mais importante entre 5 e 9 anos. Ao se avaliar a variável sexo, os achados são equivalentes à literatura existente, uma vez que a predominância patológica é masculina. A mortalidade por essa doença se explica, a partir da literatura, pelo diagnóstico e estadiamento tardio, visto que a busca por assistência à saúde normalmente ocorre de 30 a 50 dias após o início dos sinais e sintomas, podendo alcançar 365 em estudos. **Conclusão:** Dessa forma, percebe-se que, no período estudado, essa neoplasia hematológica acometeu de forma mais significativa crianças do sexo masculino entre 5 e 9 anos de idade e indivíduos da região Metropolitana I. Além disso, vale ressaltar que a busca por atendimento precoce ajuda a evitar os óbitos, assim como deve ser sempre investigado os sinais e sintomas devido a dificuldade de diagnóstico e os impactos no sistema que o LNH causa.



LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T DO ADULTO: RELATO DE CASO

PADSBA Matos, SS Marcondes, GS Sonsim, VHR Carvalho, ADD Santos, ACB Sousa, JPA Frechiani, ALRAC Sipolatti, MDD Santos, MP Araujo

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil



Introdução: A Leucemia/Linfoma de Células T do Adulto (ATLL) é uma neoplasia relacionada à infecção dos linfócitos T maduros CD4+ pelo vírus T - linfotrófico humano tipo 1 (HTLV-1). O HTLV-1, primeiro retrovírus humano isolado, possui caráter endêmico em regiões como o Japão, África, Caribe, América Central e do Sul, principalmente, no Peru e no Brasil. Estima-se 5-10 milhões de pessoas infectadas, porém, somente 5% desenvolvem ATLL, em geral, após longo período de latência. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com o diagnóstico de ATLL, enfatizando os aspectos clínicos e diagnósticos desta neoplasia rara. **Relato de caso:** Feminino, 57 anos, hepatopata crônica (CHILD A), à admissão apresentava febre contínua associada à tosse produtiva, astenia, sudorese e perda ponderal de 5 kg em um mês. Encontrava-se em regular estado geral, emagrecida, hipocorada, com linfonodomegalias em cadeia cervical anterior de até 1,5 cm, móveis e de consistência fibroelástica. Recebeu diagnóstico de Tuberculose Pulmonar (BAAR e teste rápido molecular positivos). Após três meses de antibioticoterapia, retorna ao ambulatório afebril, com redução da tosse, artralgia sem artrite e reaparecimento de adinamia e anorexia. Exames laboratoriais evidenciando hipocalemia, hipercalcemia, hipomagnesemia, hiperfosfatemia e clearance de creatinina 47,3 mL/min/1.73 m². Internada para investigação com leucocitose de predomínio linfocítico e neutropenia, sorologia HTLV positiva e mielograma com flowercells. Pela gravidade e indisponibilidade do interferon iniciado quimioterapia (R-CHOP). Após dois ciclos internou por intercorrência clínica evoluindo para óbito em 24 horas. **Discussão:** O risco da infecção pelo HTLV-1 levar ao quadro de ATLL é de 6 a 7% nos homens e 2 a 3% nas mulheres em um período de 20 a 30 anos. É mais comum entre 40 e 70 anos de idade sendo classificada como: aguda, crônica, linfomatosa, indolente e, recentemente, na forma tumoral primária de pele. As formas aguda, linfomatosa e tumoral primária de pele são as de pior prognóstico. Clinicamente podemos encontrar adenomegalia (60%), hepatomegalia (26%), esplenomegalia (22%) e lesões de pele (39%). Laboratorialmente ocorre hipercalcemia em metade dos pacientes e hiperbilirrubinemia nos casos de infiltração hepática indicando pior prognóstico. Os níveis séricos de cálcio e DHL refletem a extensão da doença e são utilizados para avaliar sua atividade e agressividade clínica. No sangue periférico os leucócitos estão normais ou elevados e figuras de “flowercells” são consideradas patognômicas. Desta forma, os critérios para o diagnóstico são: presença de anticorpos séricos para o HTLV-I; comprovação citológica ou histopatológica de leucemia e ou linfoma de células T maduras com antígenos de superfície CD4+/CD25+; presença de linfócitos T anormais em sangue periférico,