

INCORPORAÇÃO DE NOVOS FATORES DE RISCO AO IPI PARA REFINAR A ESTRATIFICAÇÃO PROGNÓSTICA DE PACIENTES HIV-POSITIVOS COM DIAGNÓSTICO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN

JC Vargas ^{a,b}, EC Chapchap ^c, AL Oliveira ^c,
JD Rocha ^c, FGB Chaves ^c, GF Perini ^c,
O Baiocchi ^{d,e}, J Pererira ^f, N Hamerschlag ^c

^a Américas Oncologia e Hematologia, São Paulo, SP, Brasil

^b Escola de Medicina, Centro Universitário São Camilo (CUSC), São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

^d Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^e Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil

^f Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, Brazil

Introdução: Os avanços na terapia antirretroviral (TARV) melhoraram o prognóstico de pacientes HIV positivos em curso de quimioterapia, porém os linfomas não Hodgkin (LNH) ainda afetam a mortalidade. O manejo de pacientes HIV-positivos com linfoma é complexo, pois as potenciais interações medicamentosas entre quimioterapia, TARV e imunossupressão deve ser manuseada, especialmente nos pacientes em quimioterapia intensiva e/ou uso de inibidor de protease/ritonavir (PI/r). Embora menos validado nesse contexto, o Índice Prognóstico Internacional (IPI) pode prever o prognóstico em pacientes HIV positivos, mas outros fatores de risco, como a contagem de CD4, número de sítios extra nodais, doença bulky podem impactar nestes pacientes. **Objetivo:** Investigar e incorporar novos fatores de risco ao IPI em pacientes HIV positivos com LNH. **Material e métodos:** Estudo multicêntrico retrospectivo que incluiu pacientes HIV positivos com LNH em 5 centros de São Paulo (HIAE 3.7%, UNIFESP 9.3%, ICESP 65.0%, IIER 18.7%, CPO 3.3%) no período de janeiro de 2000 até dezembro de 2019. Os pacientes foram agrupados de acordo com IPI, em seguida, potenciais fatores de risco detectados pela análise univariada foram incorporados e testados em conjunto com o IPI em análise multivariada para prever os desfechos de sobrevida. Regressão logística, modelo proporcional de Cox, regressão de risco competitivo, Kaplan meier (log-rank) foram utilizados. As análises univariadas foram testadas pelo teste do qui-quadrado/fischer ou teste de Wilcoxon/t, de acordo com as características das variáveis. **Resultados:** 214 pacientes foram incluídos e classificados conforme o subtipo de linfoma: linfoma difuso de grandes células B (LNHDGCB) 126/214; Burkitt 79/214; outros subtipos de linfoma (anaplásico, folicular, LNH-T periférico) 9/214; 155/214 eram do sexo masculino, idade média de 43.1 anos (17-79), mediana de CD4 174; albumina média 3,58 g/dL; mediana DHL 529 U/L; mediana Beta-2-microglobulina 3.1 mg/dL; ECOG $\geq$ 2: 22.4% (48/214); Bulky 48.1%; 2 ou mais sítios extra nodais 40.8%; estágio Ann Harbor III/IV 88.3%; IPI escore: baixo I=33,6%; int-baixo II=30,8%; int-alto III=26,2%; alto

IV=9,4%. Em 174 casos, esquemas quimioterápicos foram baseados em: CHOP 66,1%; Burkitt-like, não seria CHOP Like 28,7%; outros 5,2%. No seguimento mediano de 4,1 anos, a sobrevida global (SG) e livre de progressão (SLP): 52,0% (IC95%: 59,1-44,3%) e 49.9% (IC95%: 57,0-42,2%). Na análise multivariada a albumina menor que 3.4 g/dL (HR 1.76 IC95% 1.09-2.83, p 0.020) e IPI HR: 1.30 (IC95% 1.05-1.63, p 0.019) impactaram significativamente SLP. Em relação ao CD4 < 200, houve uma tendência, HR:1.39 e p 0.12, mas não significativa. No subgrupo com linfoma de Burkitt, massa bulky teve HR:1.81 (IC95% 0.97-3.35 p 0.061) e IPI HR:1.31 (IC95% 0.95-1.81 p 0.099). Incluindo albumina e contagem de CD4 ao IPI, um novo modelo estratificou os pacientes em 5 categorias com prognósticos distintos, SLP-4a: I=100%; II=67,6%; III=54,6%; IV=46,2%; V=30.3% (logrank p < 0,001). **Conclusão:** A incorporação da contagem de CD4 e albumina, ao escore do IPI, pode refinar o prognóstico de pacientes HIV com LNH. A equipe deve estar atenta com a interação IP/r e quimioterapia, especialmente nos protocolos mais intensivos e avaliar a mudança da TARV.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.697>

LEUCEMIA PROLINFOCÍTICA T: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

MMS Silva, NAHL Silva, VL Oliveira,
FL Nogueira, MS Magalhães, LP Almeida,
MB Nunes

Hospital Luxemburgo (HL), Belo Horizonte, MG, Brasil

Objetivo: Reportar os desafios para diagnóstico e tratamento da Leucemia Prolinfocítica T (LPL-T) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Materiais e métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente de 69 anos, sexo feminino, com hiperemia, descamação cutânea e prurido há 2 anos, associado a leucocitose leve, cuja imuno-histoquímica (IHQ) de biópsia de pele de julho de 2020 era sugestiva de dermatite espongiótica e lique-noide. Iniciado corticoide sistêmico, com melhora transitória durante seu uso. Evoluiu em 2021 com piora da leucocitose (abril/2021: global de leucócitos 130.450, 75% linfócitos) e surgimento de linfonodomegalias infra e subdiafragmáticas. Realizada imunofenotipagem de aspirado de medula óssea em abril de 2021, podendo corresponder a neoplasia T madura CD4+. No mesmo ano, feita revisão da biópsia de pele com pesquisa de TCL-1, que foi negativa. Sob hipótese de micose fungoide, iniciou-se metotrexato e controle dermatológico. Em propedêutica adicional, PET-TC visualizou linfonodomegalias cervicais, axilares bilaterais, inframamárias, em cadeias ilíacas externas e inguinais bilateralmente, sem aumento significativo do metabolismo glicolítico. Paciente foi submetida a linfadenectomia inguinal bilateral, cuja IHQ mostrou CD3, CD4 +, CD8 -, TCL1 positivo em raras células. TDT negativo, Ki67 20%, CD5+, LEF1 +, BCL2 +, CD30 +, CD56 -, CD7, concluindo se tratar de neoplasia hematológica T, sendo Leucemia Prolinfocítica T e Linfoma de Células T Periféricas SOE as principais hipóteses. Correlacionando-se propedêutica com clínica, e após discussão com a dermatologia, a hipótese