

poorly understood, because these individuals are usually excluded from controlled trials. Therefore, this study aims to assess the outcomes, determine survival predictors, and compare responses and toxicities between R-CHOP, R-mini-CHOP, and R-miniCHOP of the elderly protocols in the management of elderly DLBCL patients. **Methods:** This retrospective, observational, and single-center study involved 185 DLBCL patients older than 70 years, treated at USP, from 2009 to 2020. Endpoints included ORR, OS, PFS. Survival curves were constructed using the KM method and the Log-Rank test was used to assess the relationship between variables and outcomes. The chi-square test and the Kruskal-Wallis test were applied to assess statistically significant differences in clinical characteristics, adverse event profile, and responses between different treatment modalities. Univariate analysis was performed using the Cox test and multivariate analysis by Cox regression method. The results were presented in HR and 95% CI, and a p -value ≤ 0.05 was considered significant. **Results:** The median age at diagnosis was 75 years, and 58.9% were female. Comorbidities were prevalent, including 19.5% with immobility, 28.1% with malnutrition and 24.8% with polypharmacy. Advanced clinical stage (III/IV) was observed in 72.4%, 48.6% had bulky ≥ 7 cm, 63.2% had B-symptoms, and 67.0% presented IPI ≥ 3 . Among the 182 (98.4%) effectively treated cases, 57.1% received R-CHOP, 18.0% R-miniCHOP, 13.2% R-miniCHOP of the elderly, and 1.7% were palliated using R-CVP. The ORR for the whole cohort was 68.1%, with CR achieved in 65.9%. ORR was 72.1% for R-CHOP, 70.6% for R-miniCHOP, and 45.6% for R-miniCHOP of the elderly, $p = 0.040$. Although R-miniCHOP of the elderly regimen promoted lower ORR, patients in this group had higher rates of unfavorable clinical-laboratory findings, including hypoalbuminemia ($p = 0.001$), IPI ≥ 3 ($p = 0.013$), and NCCN-IPI ≥ 3 ($p = 0.002$). With a median follow-up of 6.3 years, the estimated 5-year OS and PFS were 50.2% and 44.6%, respectively. The estimated 2-year OS was 82.0% for R-CHOP, 67.5% for R-miniCHOP, and 48.1% for R-miniCHOP of the elderly, $p = 0.003$. The estimated 2-year PFS was 61.1% for R-CHOP, 56.4% for R-miniCHOP, and 20.5% for R-miniCHOP of the elderly, $p = 0.005$. Although correlated with increased OS and PFS in comparison to attenuated protocols, R-CHOP regimen was associated with higher rates of severe neutropenia ($p = 0.003$), but not translated into febrile neutropenia ($p = 0.907$), therapy interruption ($p = 0.671$), or higher early mortality rates ($p = 0.681$). In multivariate analysis, age ≥ 75 years (HR: 2.08, $p = 0.001$), neutrophilia (HR: 2.18, $p = 0.007$), low lymphocyte/monocyte ratio (HR: 1.98, $p = 0.010$), and clinical stage III/IV (HR: 2.36, $p = 0.003$) were predictors of decreased OS. **Conclusion:** In this large and real-life LATAM cohort, we demonstrated that DLBCL patients older than 70 years still do not have satisfactory outcomes, with half of cases not reaching 5 years of life expectancy after diagnosis. Although a significant portion of older DLBCL patients is highly fragile and ineligible for enhanced regimens, attenuated anthracycline-based protocols promoted remarkably inferior outcomes compared to those achieved by the R-CHOP.

RELATO DE CASO: LINFOMA DE CÉLULAS T/ NK TIPO NASAL EXTRANODAL

HS Chem, FP Bremer, HPM Castro, IR Junior, J Pietrovicz, M Littieri, MPQ Neto, MW Schiller, RV Andrade, T Decanini

Hospital Universitário Evangélico Mackenzie, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Linfoma de células T/NK tipo nasal extranodal é um tipo agressivo de linfoma não Hodgkin que se desenvolve da transformação de células *natural killer* (NK) ou de células T citotóxicas. Possui associação com o vírus Epstein-Barr (EBV). **Métodos:** Estudo retrospectivo com coleta de dados por análise de prontuário. **Relato de caso:** Feminina, 64 anos, iniciou com lesão em região de palato dez/23, associado à emagrecimento, febre, sudorese noturna e linfonodomegalia cervical bilateral. Internada para investigação e biópsia, com anatomopatológico demonstrando proliferação linfoide atípica e efálioistoquímica sugestiva de linfoma de células T/NK EBV positivo. Realizado PET/CT para estadiamento contendo lesão expansiva de 5 cm em cavidade nasal esquerda e extensão para seios etmoidal e esfenoidal ipsilateral, além de captação em tonsilas palatinas e linfonodos cervicais altos bilaterais. Biópsia de medula óssea sem infiltração de doença e PCR de EBV negativo. Estadiado como IIB e PINK-E risco intermediário. Optado por iniciar protocolo GELOX (Gencitabina, L-Asparaginase e Oxaliplatina) em jun/24. Realizado até o momento dois ciclos de quimioterapia, com melhora da lesão, desaparecimento de sintomas B e dor local, atualmente em regime de radioterapia. Aguarda término da radioterapia para novo PET/CT e continuidade de quimioterapia. **Discussão:** Linfoma de células T/NK tipo nasal extranodal corresponde a $< 2\%$ dos linfomas de células T/NK. Possui maior predileção por população asiática e sul-americana. Cerca de 80% apresentam como sítio inicial cavidade nasal, seios paranasais, nasofaringe, orofaringe e trato digestivo alto – subtipos nasais. Aproximadamente 15-20% dos casos têm sítio primário pele, trato gastrointestinal, testículos e glândula salivar – subtipos não nasais. Menos 5% se apresentam com hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia, envolvimento de medula óssea e fase de leucemia – subtipo agressivo de linfoma/leucemia. O diagnóstico envolve exame histopatológico, EBV positivo (universal), expressão do CD56 citoplasmático, CD3 epsilon citoplasmático ou moléculas citotóxicas (granzima B, perforinas e TIA1). O PET/CT é padrão-ouro para estadiamento, pois as células NK/T são ávidas pelo 18F-fluorodesoxiglicose. Há liberação de fragmentos de DNA do EBV com apoptose celular, sendo possível a realização de PCR quantitativo no plasma durante diagnóstico e tratamento para avaliação de resposta e prognóstico. Existem diversas escalas prognósticas, sendo mais prática a escala PINK-E (Prognostic Index of Natural Killer Lymphoma – EBV). A principal droga para tratamento é a Asparaginase, que induz a apoptose das células NK. É indicado quimioterapia e radioterapia, não existindo estudos comparativos entre regimes de tratamento. De modo geral, não há indicação de transplante autólogo de medula óssea. Novas terapias com inibidores do checkpoint, anticorpos monoclonais anti-CD30 e anti-CD38, inibidores da histona desacetilase (iHDAC) estão sendo

desenvolvidas. A avaliação de resposta é realizada através do PCR EBV e PET/CT após 2-3 ciclos de tratamento. **Conclusão:** Linfoma de células T/NK tipo nasal extranodal trata-se de uma doença rara, pouco conhecida, cujo desfecho pode ser catastrófico se houver atraso no diagnóstico. Este caso demonstra uma boa evolução, apesar da gravidade da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.399>

SÍNDROME DE LISE TUMORAL ESPONTÂNEA POR LEUCEMIZAÇÃO DE LINFOMA NÃO-HODGKIN DE CÉLULAS B DE CENTRO GERMINATIVO: RELATO DE CASO

KCR Mata^a, JVS Valadares^b, MLB Neto^b, CLV Silva^a, RS Giuliano^b, BJP Rabello^b, CDC Lima^b, NBA Miranda^b, APMR Ribeiro^b, AC Oliveira^b

^a Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), Feira de Santana, BA, Brasil

^b Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: A síndrome de lise tumoral (SLT) é uma emergência oncológica de elevada mortalidade, causada por lise maciça de células neoplásicas e liberação de grande quantidade de eletrólitos e ácido úrico na circulação sistêmica. A clínica é marcada por injúria renal aguda, artrite gotosa e arritmias ventriculares fatais. Apesar de mais comum após início da terapia citotóxica de neoplasias hematológicas, também pode ocorrer de forma espontânea nesses ou em outros tumores de alta taxa proliferativa; essa última apresentação é rara, com poucos casos descritos na literatura. **Relato de caso:** Homem, 72 anos, lavrador, admitido por oligoartrite aguda, síndrome consumptiva e anasarca há 02 semanas, além de astenia há 05 meses. Negou patologias conhecidas. Ao exame físico, apresentava-se consumido, com mucosas hipocrômicas, petéquias em tronco, adenomegalia generalizada, anasarca e sinais de artrite em joelho direito e tornozelos. Os exames laboratoriais documentavam anemia normocítica, leucocitose com 30% de blastos, linfocitose, plaquetopenia, azotemia, hipercalemia, hiperfosfatemia e hiperuricemia. Sedimento urinário com numerosos cristais de urato monossódico. A imunofenotipagem de sangue periférico revelou presença de 40% de células maduras da linhagem linfóide B, com expressão de marcadores CD10 e IgM, apontando para leucemização de Linfoma não-Hodgkin derivado de centro germinativo CD10+. Solicitada transferência para unidade onco-hematológica. A piora clínica impossibilitou a realização de biópsia ganglionar/medula óssea ou estudo citogenético/FISH. A despeito das medidas de hidratação, diureticoterapia, agente hipouricemiante e, em seguida, terapia substitutiva renal, o paciente evoluiu a óbito por fibrilação ventricular. **Discussão:** A incidência real de SLT espontânea é desconhecida; há apenas 07 publicações na plataforma Pubmed desde 1992. O diagnóstico é feito pela presença de 2 ou mais dos critérios laboratoriais de Cairo-Bishop (ácido úrico > 8 mg/dL; potássio > 6 mEq/L; fósforo > 4,5 mg/dL; cálcio < 7 mg/dL ou mudança da linha de base em 25% nos

elementos citados anteriormente). O manejo de SLT estabelecida frequentemente demanda internamento em unidade de terapia intensiva, e compreende hidratação agressiva (2-3L/m²/dia) com meta de diurese 4-6ml/kg/h, diureticoterapia, correção dos distúrbios eletrolíticos, terapia substitutiva renal e agentes hipouricemiantes (alopurinol, febuxostat ou rasburicase). A mortalidade é elevada, podendo chegar a 79%. As principais causas de morte são arritmias (secundárias a hiperfosfatemia e hipercalemia) e injúria renal aguda. **Conclusão:** A SLT é uma emergência oncológica definida pelos critérios laboratoriais de Cairo-Bishop, de elevada mortalidade, que pode ocorrer de forma espontânea em neoplasias hematológicas e demanda terapêutica imediata com hidratação agressiva, diureticoterapia, agentes hipouricemiantes e, se necessário, terapia de substituição renal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.400>

RISCO DE RECORRÊNCIA EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B E SUA PROFILAXIA EM SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE EM DOIS CENTROS NO BRASIL

TS Soares, DD Ribeiro

Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais comum de linfoma não Hodgkin. A recaída em sistema nervoso central (SNC) é um evento raro, variando de 5% a 10%, de acordo com fatores de risco previamente definidos através do Índice Prognóstico Internacional do SNC (CNS-IPI) e sítios extranodais específicos. Apresenta desfechos insatisfatórios, com sobrevida global mediana de dois a cinco meses. Ao longo dos anos, diversas estratégias para reduzir a recaída em SNC foram avaliadas, e são cada vez mais controversas. As profilaxias para evitar recaída em SNC frequentemente utilizadas diferem na forma de administração, baseados em metotrexato intratecal (IT-MTX) ou de forma sistêmica em altas doses (HD-MTX), associado ou não a outros agentes quimioterápicos. Os estudos até então disponíveis foram realizados em países de alta renda e é questionado se limitações encontradas em países de transição econômica, com maior dificuldade de acesso a métodos diagnósticos e terapêuticos, trariam impacto ou poderiam justificar profilaxia para recaída em SNC. Realizamos um estudo retrospectivo em dois centros de saúde pública em Belo Horizonte, Brasil, entre janeiro de 2018 e julho de 2022, para avaliar a incidência de recaída em SNC em pacientes acometidos por LDGCB. Estimamos sobrevida livre de progressão e sobrevida global. Um total de 120 pacientes, com idade média de 54,4 ± 15,4 anos e predomínio do sexo masculino (60,0%) foram avaliados no estudo. Destes, apenas sete (5,8%) receberam IT-MTX e quatro (3,3%) receberam HD-MTX. Não houve pacientes que receberam as duas vias de profilaxia. O escore prognóstico para risco inicial de recaída do SNC pelo CNS-IPI foi estimado como: baixo [0-1; 37 (30,8%)], moderado [2-3; 53 (44,2%)] ou alto [≥ 4; 27 (22,5%)]. A recaída em SNC foi confirmada em quatro (3,3%) pacientes.