

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.

Apesar do estudo ter sido realizado em centros de referência oncohematológicas, o n disponível foi pequeno ao considerar a raridade do evento. Não conseguimos demonstrar se há benefício ou não de profilaxia específica para recaída em SNC. Considerando a morbimortalidade desta complicação, sugere-se realizar mais estudos e investigar acometimento oculto de SNC em LDGCB ao diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.401>

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMENTO E PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM LINFOMA DE GRANDES CÉLULAS B PRIMÁRIO DE MEDIASTINO (LGCBPM) NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO (HUPE)

MD Costa, JB Santos, LS Gonçalves, CMB Junior, ACAA Lima, AR Soares, CA Leite, JFF Medeiros, KV Melo, RLR Baptista

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivos: O LGCBPM é um subtipo raro de linfoma B com origem tímica, que corresponde a 4% dos linfomas não Hodgkin e, apesar do curso agressivo, possui uma alta taxa de resposta completa (RC) e sobrevida global (SG) satisfatória. O objetivo deste trabalho é analisar características epidemiológicas, clínicas e o prognóstico de pacientes com LGCBPM acompanhados nos últimos 10 anos, no serviço de Hematologia do HUPE. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo e observacional de pacientes com LGCBPM acompanhados no HUPE de 25/07/2014 a 25/07/2024. Realizada coleta de dados do prontuário, sendo analisadas características demográficas, clínicas, da doença e do desfecho clínico. Foram avaliadas taxas de resposta e SG. Características demográficas e da doença foram analisadas por estatística descritiva. SG foi estimada pelo método de Kaplan-Meier. **Resultados:** Foram avaliados 22 pacientes com LGCBPM, com idade mediana ao diagnóstico de 36 anos e 77% do sexo feminino. Todos os pacientes apresentavam massa mediastinal bulky, 16 pacientes (72,7%) sintomas B, 12 pacientes (54,5%) síndrome de veia cava superior e 10 pacientes (45%) trombose. Pelo score ECOG, 13 pacientes (47%) tinham *performance status* (OS) ≥ 2 . Quanto ao estadiamento, 17 pacientes (78,3%) possuíam doença estágio I e II, mas 54,5% com extensão extranodal por contiguidade. O protocolo R-CHOP foi a escolha de tratamento em 95% dos pacientes e ocorreu atraso na administração do Rituximab em 85,7%, devido à demora na dispensação da medicação pelo Ministério de Saúde. Apenas 25% dos pacientes realizaram radioterapia (RT) de consolidação e o principal motivo foi progressão de doença (PD). Na reavaliação, 13 pacientes (65%) obtiveram RC e 5 pacientes (25%) PD. Além disso, 4 pacientes (21%) tiveram recaída de doença. A mediana de SG foi de 28,6 meses (IC 95% 2,2-55,0) e 40,9% dos pacientes estavam em remissão na data de corte dos dados. **Discussão:** O LGCBPM ocorre principalmente em jovens e no sexo feminino. A apresentação clínica é localizada em 75% dos casos, mas a doença bulky está presente em 50%. As características epidemiológicas da nossa coorte foram semelhantes às descritas

na literatura. Por outro lado, as características clínicas foram divergentes, com mais pacientes da nossa coorte apresentando doença bulky, complicações locais e OS-ECOG elevado, provável reflexo do diagnóstico tardio e, consequentemente, doença mais avançada à admissão. O tratamento consiste em Rituximab associado à quimioterapia tipo CHOP, sendo a RT utilizada como consolidação pós R-CHOP. Recentemente, um estudo randomizado demonstrou que a RT de consolidação pode ser omitida se o paciente apresenta RC documentada por PET-TC, independente do protocolo quimioterápico utilizado. O atraso no início do Rituximab e o perfil de pacientes com OS-ECOG elevado por doença mais localmente avançada pode ter relação direta com o pior desfecho observado nos nossos pacientes. **Conclusão:** As características clínicas da doença na nossa coorte e o desfecho pós-tratamento inferior ao da literatura sugerem a necessidade de implementação de políticas de saúde que permitam o diagnóstico precoce e tratamento adequado desses pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS).

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.402>

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS DE LINFOMA NÃO HODGKIN NO ESTADO DE SÃO PAULO ENTRE OS ANOS DE 2018 E 2023

KB Camargo, LM Pereira, RP Ratti, LT Rabi

Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (CEUNSP), Itu, SP, Brasil

Objetivos: Trata-se de uma análise de perfil epidemiológico com intuito de categorizar detalhadamente as características e tendências epidemiológicas acerca do Linfoma Não Hodgkin na população do Estado de São Paulo, de forma a compreender como fatores sociodemográficos, ambientais e clínicos podem influenciar a incidência, prevalência e/ou tratamento do LNH. **Materiais e métodos:** O levantamento epidemiológico foi realizado por meio de informações disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATA-SUS), com a utilização do Painel-Onco-logia fornecendo os dados necessários desde o acompanhamento diagnóstico ao tratamento. O recorte temporal adotado contemplou os anos de 2018 a 2023 e as siglas avaliadas foram: C82 – Linfoma não-Hodgkin, folicular (nodular), C83 – Linfoma não-Hodgkin difuso e C85 – Linfoma não-Hodgkin de outros tipos e de tipo não especificado. **Resultados:** Entre os anos de 2018 e 2023 foram registrados 10.278 novos diagnósticos de Linfoma Não Hodgkin no Estado de São Paulo, tendo em média 1.713 casos por ano. A média anual de diagnósticos para o sexo feminino foi de 798 casos, enquanto para os homens, a média foi de 915 casos, indicando um aumento de 14,7% dos casos em homens quando comparado a mulheres. A idade média de diagnósticos durante esse período foi de 64 anos, tendo uma queda de 6,5% na idade numérica considerando a idade mais prevalente em 2018 (62 anos) e a idade mais prevalente em 2023 (58 anos). A cidade de São Paulo foi o município com mais casos em todos os anos analisados, seguido pela cidade de Barretos, e pela cidade de Campinas, entre 2018 e 2019 e depois pela cidade de