

doença, devido à triagem inadequada ou pelo acometimento silencioso. Além disso, há uma relação direta entre a idade avançada e maiores internações por LNH, apontando a idade como fator de risco. **Conclusão:** Os LNH têm múltiplas apresentações de acordo com as células linfoides progenitoras afetadas e sofre crescente aumento no número de casos no Brasil, sendo o maior número em 2023 e o menor em 2020, devido à pandemia. Observa-se um predomínio da região Sudeste e da população branca e parda. Há também uma maior incidência em indivíduos de 50 a 69 anos e do sexo masculino. O aumento considerável nos atendimentos de urgência, não acompanhado pelas consultas eletivas, ressalta a necessidade de estratégias de saúde pública para a detecção precoce da doença, com objetivo de melhorar os desfechos clínicos e qualidade de vida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.472>

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ COMO COMPLICAÇÃO PARANEOPLÁSICA DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: UM RELATO DE CASO.

MFR Dezan^a, LS Lopes^a, RBD Santos^a,
YVS Oliveira^a, TR Farina^a, RL Uliano^a,
IR Barbosa^a, BL Souza^a, CAD Junior^b,
FRC Silva^a

^a Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

Objetivo: Relatar uma complicação neurológica paraneoplásica atípica em Linfoma Não-Hodgkin. **Material e métodos:** As informações deste trabalho foram obtidas por meio de revisão de prontuário e da literatura. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 29 anos, com antecedente de lúpus eritematoso sistêmico, em seguimento prévio com infectologia para investigação de linfonodomegalia cervical com crescimento há 3 meses associado a sintomas B, foi encaminhada ao serviço de hematologia devido biópsia excisional de linfonodo cervical à direita com resultado anatomopatológico e imunohistoquímico confirmatório para Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB). Em primeira consulta no ambulatório de hematologia, paciente apresentava quadro progressivo de fraqueza em ambos os membros inferiores, com evolução em 4 dias, acompanhada de parestesia em membros superiores. Ao exame físico, apresentava arreflexia global e força grau 3 em membros inferiores e grau 4 em membros superiores, de forma bilateral e simétrica, com hipoestesia em mãos e pés. Optou-se por intervenção para investigação diagnóstica. Realizou coleta de líquido, que evidenciou dissociação proteino-citológica (Celularidade: 4/mm³ e Proteína: 84 mg/dL), além de eletroneuromiografia com achados sugestivos de Síndrome de Guillain-Barré em padrão de polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante aguda (PIDA). Realizada exclusão de causas infecciosas secundárias. Com a confirmação de Síndrome de Guillain-Barré, a paciente foi imediatamente tratada com Imunoglobulina Endovenosa por 5 dias, com melhora discreta de grau de

força em membros inferiores. Após conclusão de terapia direcionada para quadro neurológico, optou-se por prosseguir com tratamento hematológico com protocolo R-CH(O)P (Rituximabe, Ciclofosfamida, Doxorubicina e Prednisona) sem Vincristina no primeiro ciclo, com reavaliação do grau de neuropatia nos ciclos seguintes. Após dois ciclos, paciente evoluiu com melhora expressiva de neuropatia periférica em membros superiores e inferiores, com introdução de Vincristina a partir do terceiro ciclo. Segue em recuperação atualmente. **Discussão:** O linfoma não-Hodgkin pode acometer o sistema nervoso central e periférico através dos seguintes mecanismos: infiltração nervosa direta, metástase parenquimatosa ou meníngea, isquemia neural ou dano neural induzido por quimioterapia ou radioterapia. As síndromes neurológicas paraneoplásicas não são uma manifestação comum associada ao Linfoma Não-Hodgkin, sendo a síndrome de Guillain-Barré mais comumente associada ao Linfoma de Hodgkin. Acredita-se que o principal mecanismo fisiopatológico envolvido é o autoimune, sendo desencadeado pela presença de antígenos que estão normalmente expressos no sistema nervoso central e que se encontram presentes de forma ectópica no tumor. Sua apresentação inicial pode ser fatal e ainda não há correlação precisa quanto ao prognóstico desses pacientes em relação ao linfoma. **Conclusão:** O presente relato tem como objetivo descrever o caso de uma complicação paraneoplásica rara em linfoma não-Hodgkin. Paciente com diagnóstico recente de LDGCB que evoluiu com tetraparesia flácida ascendente, com confirmação de Síndrome de Guillain-Barré, sem outro fator causal relacionado e com melhora progressiva de déficit motor e sensitivo após início de tratamento quimioterápico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.473>

PRIMARY EXTRANODAL LYMPHOMA EFFORT (PELÉ): COMPARISON OF PUBLIC AND PRIVATE HEALTH CARE ASSISTANCE, FROM A BRAZILIAN MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY

ALC Mendonça^a, BB Silva^a, G Duffles^a,
F Galvão^a, E Rizzo^a, E Miranda^a, LL Perruso^b,
RLR Baptista^c, STO Saad^a, CA Souza^a

^a Hematology and Transfusion Medicine Center (Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, Brazil

^b Hematology, Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR), São Paulo, Brazil

^c Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, Brazil

Objective: Compare public healthcare (Pub) with private healthcare (Pri) in Brazilian patients with primary extranodal lymphoma. **Methods:** PELÉ is a multicenter study that aimed to collect data from patients with B cell primary extranodal lymphoma (PEL), in several hematological reference centers in Brazil. The study design is ambispective, with the data presented here from the retrospective cohort. This cohort is still collecting data, with several other centers awaiting ethics committee approval. In the present study we evaluate patients from 7

centers located in 4 different states of Brazil. Four centers are private hospitals (Pri) and 3 are public/academic centers (Pub). Cases were collected from the last 15 years (2009 to 2024). **Results:** We evaluated 134 patients, with 96 treated in Pub and 38 in Pri. Median follow up was 29.7 (1.31-194.1) months. Most patients were male (Pub=57% and Pri=58%) and the majority of Pub (64.6%) and Pri (44.7%) identified as white, given that 47.4% of Pri did not declare their skin color. The median age at diagnosis was 61 years, equal between groups, with minimum and maximum of 22-89 years (Pub) and 24-90 years (Pri). Time between the onset of symptoms and lymphoma diagnosis was 5 months (Pub) and 3 months (Pri). There was a statistically significant difference for B symptoms (13% of Pub patients and 77% of Pri patients, $p=0.005$) and the International Prognostic Index (IPI) (Pub with a higher proportion of patients with high risk, $p=0.008$). Among the histological types of lymphoma, 67% of Pub cases and 100% of Pri cases were diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL). The other Pub cases were mostly marginal zone lymphoma. The stomach was the main affected organ, similarly, affecting patients treated in Pub (29.2%) and Pri (31.6%), followed by the large and small intestine (Pub=10.4% and Pri=15.8%). For the Gastric lymphomas, staged according to Lugano gastrointestinal tract classification, there was no significant difference between Pub and Pri concerning clinical characteristics. In non-gastric lymphomas, there was also no significant difference in the Lugano Clinical Stage for extranodal lymphomas between Pub and Pri. The two main treatments used were R-CHOP (Pub=60.4% and Pri=71%) and R-miniCHOP (Pub=9.4% and Pri=10.5%). Complete remission (CR) was achieved in 61% of cases in Pub and 88.6% of cases in Pri. Relapses occurred in 8.5% of cases in Pub and 11.4% in Pri, while 6.1% of patients in Pub died, with no deaths recorded in Pri during the study period. Within the study observational period, the progression-free survival (PFS) was Pub=62% and Pri=75% ($p=0.48$), and the overall survival (OS) was Pub=74% and Pri=92% ($p=0.079$). **Conclusion:** PELÉ is the first study to evaluate, in a multicenter design, Brazilian patients with PEL and compare public and private healthcare assistance outcomes. There was a tendency for worse overall survival for patients in Pub versus Pri, but it was not statistically significant. Epidemiological data were generally similar, with a higher number of cases with high risk by IPI in the Pub group and B symptoms in the Pri patients. Patients in the Pri group had higher CR rate and shorter time from initiation of symptoms to diagnosis. This study has limitations such as the retrospective design and a small number of patients. Nonetheless, we believe this data is important for better understanding the outcomes of Brazilian patients with PEL in different healthcare settings.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.474>

APRESENTAÇÃO RENAL DO LINFOMA LINFOPLASMOCITICO: CRIOGLOBULINEMIA COM ANEMIA HEMOLÍTICA E SÍNDROME NEFRÓTICA

LM Almeida ^a, AJ Silva ^b, E Kososki ^a,
BM Brandão ^a, RASR Junior ^a, ACC Costa ^a,
ALB Brunozzi ^a, ABFS Santos ^a

^a Hospital Municipal Moyses Deutsch (HMMD), São Paulo, SP, Brasil

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

Introdução: O linfoma linfoplasmocitário, ou macroglobulinemia de Waldenstrom (MW), é uma neoplasia linfoproliferativa de células B de baixo grau caracterizada por pequenos linfócitos e gamopatia monoclonal de cadeia pesada IgM. Esses linfomas apresentam sintomas relacionados à infiltração da medula óssea e efeitos sistêmicos do pico clonal de IgM. **Objetivo:** O trabalho relata um paciente do sexo feminino, internada em julho de 2022, no Hospital Municipal Moyses Deutsch, em São Paulo e tem o intuito relatar as características clínicas apresentadas pela paciente bem como a MW. **Relato de caso:** M.L.S. P., sexo feminino, 56 anos, com quadro de edema progressivo em face (pálpebras) e membros inferiores, predominantemente matutinos. Possui histórico de investigação de lesões purpúricas em membros inferiores há 2 anos e exames evidenciando consumo do complemento. Prosseguida investigação, foi evidenciado doença renal crônica agudizada, e ultrassonografia renal com perda de diferenciação córtico-medular bilateral. Biópsia renal demonstrou glomerulonefrite mediada por imunocomplexos de padrão membranoproliferativo e componente exsudativo, arteriosclerose moderada. Biópsia de medula óssea com presença de raros agregados linfóides atípicos, numerosos linfócitos B maduros pequenos, positivos para CD20, CD23 (focal) e negativos para CD5, CD10 e Ciclina D; presença de 5% de plasmócitos com predomínio de plasmócitos Kappa, sem aumento de células imaturas CD34 e/ou CD117 positivas 2%, pesquisa de vermelho Congo negativa. Após esses exames obteve o diagnóstico de MW. Como consequência direta dessa neoplasia, apresentou crioglobulinemia e síndrome nefrótica. **Discussão:** O diagnóstico de MW é desafiador, visto a gama de sintomas e achados laboratoriais possíveis. A paciente em questão, apresentou um curso evolutivo didático da neoplasia hematológica. Iniciado com lesões purpúricas em membros inferiores, achados decorrentes da crioglobulinemia, evoluindo com anemia hemolítica imune por anticorpos a frio, pouco responsiva a corticoide. Por fim, tendo o acometimento renal. O diagnóstico para o clínico é desafiador, visto a necessidade de interligar os sintomas e alterações laboratoriais, que podem ocorrer em ocasiões distintas, como o caso apresentado. Para auxiliar nessa investigação, a eletroforese de proteínas séricas, juntamente com a imunofixação, tornam-se importantes ferramentas. A combinação desses exames avança essa hipótese diagnóstica, além de distinguir de outras doenças que cursam com anemia hemolítica e síndrome glomerular. O hematologista no serviço, auxiliou o diagnóstico, modificando a evolução da doença, permitindo um tratamento precoce e assertivo. **Conclusão:** O diagnóstico da MW é desafiador diante da riqueza de fatos que ocorrem em momentos diferentes, e ter o conhecimento dessa neoplasia, sua gama de sinais, sintomas e achados laboratoriais possíveis, auxiliam a aventar a MW como diagnóstico diferencial, permitindo o manejo precoce. Consequentemente, possibilita menores complicações crônicas pela doença, em especial, o risco de hemodiálise e sequelas isquêmicas neurológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.475>