

neoplasia). Foi internada em 22/07/2024 para início de tratamento. Estadiamento IVB (PET/CT), com CNS-IPI de 2 pontos. LCR e RNM do crânio sem sinais de linfoma em SNC. Iniciou esquema quimioterápico com protocolo RCHOP em 24/07, sem intercorrências. Recebeu alta hospitalar em 31/07/2024, já com resolução do estridor laríngeo e da tosse. Atualmente, segue em tratamento quimioterápico de forma ambulatorial e sem recidiva do quadro de PTT até o momento. **Discussão:** PTT é uma microangiopatia trombótica causada pela redução da atividade da protease responsável pela clivagem do Fator de Von Willebrand, a ADAMTS 13. Classicamente a PTT tem sua etiologia dividida entre autoimune e congênita, sendo a primeira a mais comum. Pode ser associada com doenças autoimunes, mas existem poucos registros na literatura sobre associações com neoplasias. Eventos autoimunes são relatados em casos de neoplasias linfoproliferativas, especialmente leucemia linfocítica crônica (LLC). As principais manifestações hematológicas imunomediadas destas doenças são anemia hemolítica autoimune (AHAI) e purpura trombocitopenica imune (PTI). O LDGCB é a neoplasia linfóide mais comum em adultos e consiste em um grupo heterogêneo de doenças com prognóstico distinto. Histologicamente, é composto por células com elevado índice mitótico, núcleos pelo menos duas vezes maiores que um linfócito pequeno e padrão difuso de infiltração. Pode ocorrer como uma transformação de outras neoplasias B menos agressivas, como linfoma folicular e LLC. A imunossupressão já foi relacionada ao surgimento desta neoplasia, sobretudo quando relacionada à infecção pelo vírus Epstein Barr, por exemplo em pacientes com linfoma pós transplante de órgãos e necessidade de imunossupressão contínua. No caso apresentado houve diversas terapias imunossupressoras para o tratamento da PTT. **Conclusão:** Não há citação de relação direta entre PTT e LDGCB na literatura. O uso de tratamentos prévios causadores de imunossupressão poderia justificar o surgimento do LDGCB, oito anos após a primeira doença hematológica ser diagnosticada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.489>

EVALUATING TREATMENT TIMELINES AND SURVIVAL OUTCOMES FOR PRIMARY CNS LYMPHOMA: A CROSS-SECTIONAL EVALUATION

ACC Farias^a, FET Filho^a, IL Pontes^b,
LA Gurgel^a, FAC Silva^a, DS Oliveira^a,
RM Ribeiro^a, RS Andrade^a

^a Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, Brazil

^b Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Brazil

Objectives: This study assesses clinical outcomes for primary central nervous system lymphoma (PCNSL) patients, particularly focusing on the timelines from diagnosis to hospital arrival, treatment initiation, and overall survival. It examines the impact of these timelines on patient outcomes and evaluates the effectiveness of a treatment regimen that

includes high-dose methotrexate, cytarabine, and rituximab on survival rates in first line. **Material and methods:** Conducted as a cross-sectional study in the hematology ward of Hospital Geral de Fortaleza, this research evaluates patients diagnosed with PCNSL. Clinical parameters such as age, time to chemotherapy initiation, and time to death are collected. Data are summarized using medians and interquartile ranges (IQR). Group comparisons are facilitated using non-parametric tests, specifically the Mann-Whitney U-test, with p-values < 0.05 considered statistically significant. Overall survival (OS) is assessed using the Kaplan-Meier method, maintaining a 95% confidence interval. **Results:** Median patient age is 45.5 years (IQR: 39.8 to 52.0), and the median time from diagnosis to hospital arrival is -7.00 days (IQR: -19.0 to 17.0), suggesting some patients were referred before formal diagnosis. The median time from diagnosis to treatment initiation is 36 days (IQR: 31.0 to 55.0). The median survival time post-diagnosis is 7.07 months (IQR: 3.22 to 18.6), with the primary treatment regimen consisting of high-dose methotrexate, cytarabine, and rituximab. The 2-year OS is 25%, with 66.7% of patients dying within one year of diagnosis. **Discussion:** The variability in the timelines from diagnosis to hospital arrival and treatment initiation among PCNSL patients highlights a critical need for more efficient care processes. The early referral of some patients indicates an urgent referral protocol for highly suspected cases, yet the substantial range in treatment initiation times could impact patient outcomes significantly. The aggressive nature of the disease is underscored by a median survival time of 7.07 months, with a significant percentage of patients dying within the first year post-diagnosis, suggesting potential inadequacies in the treatment protocol. **Conclusion:** The findings suggest an urgent need for more streamlined diagnostic and treatment protocols to improve the efficacy of lymphoma care. The significant mortality rate within a year of diagnosis and the low overall survival rate necessitate a re-evaluation of the standard treatment regimen to better meet patient needs. This study advocates for further research to optimize treatment timelines and regimen efficacy to enhance patient prognosis and combat the severity of lymphoma more effectively.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.490>

CLINICAL HETEROGENEITY AND IMPACT OF TREATMENT INITIATION TIME IN NON-HODGKIN LYMPHOMA

FET Filho^a, ACC Farias^a, IL Pontes^b, FAC Silva^a,
LA Gurgel^a, RM Ribeiro^a, RS Andrade^a,
DS Oliveira^a

^a Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, Brazil

^b Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Brazil

Objectives: This study aimed to analyze the clinical presentation of non-Hodgkin lymphoma (NHL) patients, focusing on age distribution, time to treatment initiation, and overall

survival. It also sought to identify differences in these parameters across various NHL subtypes, including Burkitt lymphoma. **Material and methods:** We conducted a cross-sectional study involving NHL patients treated in the hematology ward at Hospital Geral de Fortaleza. Data on clinical parameters such as age, time to chemotherapy, and time to death were collected. We summarized these variables using medians and interquartile ranges (IQR). Non-parametric tests, specifically the Mann-Whitney U-test, were used for group comparisons, with p-values < 0.05 considered statistically significant. Overall survival (OS) was assessed using the Kaplan-Meier method, with a 95% confidence interval and p-values < 0.05 deemed significant. **Results:** The study included patients with various NHL subtypes, including Burkitt lymphoma (n = 5), diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL, n = 11), high-grade B-cell lymphoma (n = 5), NK/T-cell nasal lymphoma (n = 1), plasmablastic lymphoma (n = 1), and primary CNS lymphoma (n = 6). Median ages were as follows: Burkitt lymphoma, 32 years (IQR: 25.0-50.0); DLBCL, 39 years (IQR: 35.0-49.5); high-grade B-cell lymphoma, 26 years (IQR: 20.0-39.0); NK/T-cell nasal lymphoma, 37 years; plasmablastic lymphoma, 26 years; and primary CNS lymphoma, 45.5 years (IQR: 39.8-52.0). These variations underscore the clinical heterogeneity and the need for tailored treatment strategies. Analysis showed significant variability in the median time to initiating chemotherapy among subtypes. Burkitt lymphoma patients had a median initiation time of 32 days, which was later than the 17 days for DLBCL patients. High-grade B-cell lymphoma patients had the longest median time to treatment initiation at 48 days, suggesting possible delays in diagnosis or treatment. These findings highlight the need for improved diagnostic and therapeutic strategies, especially for subtypes with longer initiation times. The overall survival rate was 37.5% at two years, which is lower compared to international data. Time to treatment initiation was particularly associated with worse outcomes in patients with primary CNS lymphoma (PNCSL), with delays in tissue evaluation contributing to challenges. **Discussion:** The study revealed significant differences in median ages across lymphoma subtypes, reflecting the clinical diversity and the need for personalized treatment approaches. Notably, patients with Burkitt lymphoma and high-grade B-cell lymphoma experienced delays in starting treatment. High-grade B-cell lymphoma patients had the longest median time to treatment initiation, highlighting potential diagnostic and treatment delays. The overall survival rate of 37.5% at two years was concerning, especially when compared to international data. Delays in initiating treatment were linked to poorer outcomes, particularly in PNCSL patients, with issues in tissue evaluation by stereotaxic samples being a significant hurdle. **Conclusion:** The findings emphasize the critical need for prompt diagnosis and timely treatment initiation to improve patient outcomes. The delays in treatment initiation, particularly for high-grade B-cell lymphoma and Burkitt lymphoma, underscore the importance of streamlining diagnostic and therapeutic processes.

RELATO DE CASO: DESAFIOS NO TRATAMENTO DO LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO EM PACIENTE IDOSO

AM Lima ^a, MS Santos ^a, LNS Oliveira ^a, LD Silva ^a, OF Oliveira ^a, PFN Queiroga ^a, JG Magalhães ^a, LMF Araújo ^b, RC Brito ^a, EMM Costa ^c

^a Faculdade Ages de Medicina, Jacobina, BA, Brasil

^b Centro Universitário de Excelência (UNEX), Feira de Santana, BA, Brasil

^c Unidade de Alta Complexidade e Atendimento em Oncologia (UNACON), Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células do Manto (LCM) é uma doença linfoproliferativa que afeta linfócitos B, caracterizada pela translocação t(11;14)(q13;q32) e superexpressão de ciclina D1. Representa 5 a 10% dos Linfomas Não Hodgkin, com incidência de 1 a 2 casos por 100 mil habitantes, predominando em homens caucasianos de 60 a 70 anos. A sobrevida mediana é de 3 a 5 anos, com alta taxa de recidiva, tornando o tratamento desafiador. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente idoso com LCM quimio refratário, que alcançou remissão completa após uso de Inibidores da Tirosina Quinase de Bruton (BTKi) de segunda geração. **Relato de caso:** Paciente masculino, 71 anos, branco, aposentado, procedente de Serrinha-BA, atendido em serviço privado em Feira de Santana-BA, sem comorbidades prévias. Encaminhado ao hematologista com relato de lesão na região coxofemoral esquerda, com crescimento progressivo há 3 meses, previamente biopsiada. Negava sintomas B. A biópsia ganglionar foi compatível com LCM (KI-67 25%). O exame de Tomografia por Emissão de Póstron (PET-TC) revelou presença de linfadenopatias supra e infradiaphragmáticas, em baço e região gastrointestinal. O estadiamento foi Ann Arbor IVa. Os índices prognósticos International Prognostic Index (IPI) e Mantle Cell Lymphoma International Prognostic Index (MIPI) foram, respectivamente, 4 e 7.2, compatíveis com alto risco. Indicado R-CHOP (Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisona) por 6 meses. PET-TC ao final do tratamento evidenciou resposta parcial. Indicado protocolo R-ICE (Rituximabe, Ifosfamida, Carboplatina e Fosfato de Etoposídeo) visando Transplante Autólogo de Medula Óssea (TMO). Após 3 ciclos, o PET-TC mostrou progressão de doença. Indicado 3 ciclos de R-DHAP (Rituximab, Cisplatina, Citarabina e Dexametasona). O paciente evoluiu com neutropenia febril ao término do último ciclo, com melhora clínica após tratamento. PET-TC mostrou resposta parcial. Iniciou-se então o BTKi (Acalabrutinib®) 100 mg via oral de 12/12h. Após 3 meses, o PET-TC foi negativo e o paciente evoluiu sem intercorrências, permanecendo em resposta completa após 1 ano e 6 meses. Houve decisão médico-paciente de não optar pelo TMO no momento. **Discussão:** O LCM é prevalente em idosos e apresenta desafios no manejo clínico do tratamento devido à baixa taxa de cura. O diagnóstico ocorre quando há linfadenopatia suspeita, podendo ou não estar associada aos sintomas B, e é confirmado por biópsia e imuno-histoquímica. A exemplo do paciente, a terapia inicial com R-CHOP mostrou eficácia, mas devido à resposta parcial, foram realizadas outras quimioterapias em busca de uma resposta completa. A terapêutica de