

evoluíram para óbito por Linfoma não Hodgkin nos últimos 10 anos. A coleta de dados foi obtida a partir de consultas realizadas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), por meio da plataforma DATASUS, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, de janeiro de 2014 a janeiro de 2024, incluindo as variáveis região, idade, cor/raça e ano de processamento. **Resultados:** De acordo com os dados encontrados no período de 2014 a 2024, 14.023 brasileiros evoluíram para óbito, sendo a região Sudeste a que apresentou a maior prevalência, com 6.394 casos, em seguida, a região Nordeste (3.185) e a região Sul (3.018). No entanto, a região Sudeste possui a menor taxa de mortalidade, registrada em 7,98%; sendo a região Norte a que caracteriza a maior, com 10,20%. Observa-se que o ano de 2019 apresentou o maior número de desfecho óbito no período, com 1.517 casos. Em relação às características físicas dos pacientes, a raça/cor foi categorizada em: branca, preta, amarela, parda e indígena. A raça branca apresentou o maior número de óbitos, 6.605. Desses indivíduos, a maior parte eram da região Sudeste (3.506) e Sul (2.601). A raça/cor parda apresentou o segundo maior número (4.939), com predominância nas regiões Nordeste (2.053) e Sudeste (1.930). O sexo masculino apresentou as maiores taxas de óbitos (8.068). Segundo a análise por faixa etária, o maior número foi registrado na faixa etária de 60 a 69 anos, totalizando 3.284 mortes. Ademais, a taxa de mortalidade total no país é de 8,46. **Discussão:** O LNH é uma neoplasia hematológica cuja incidência tem aumentado no Brasil. Esta tendência é influenciada por fatores como o envelhecimento da população, infecções virais e exposição a pesticidas. Além disso, a doença é mais prevalente em homens acima de 60 anos. Nesse sentido, quando observamos a distribuição dos óbitos por LNH, notamos uma disparidade racial e regional. Indivíduos de raça branca e a população do Norte tendem a apresentar o maior número de óbitos. Essa distribuição pode estar ligada a fatores socioeconômicos e ao acesso desigual aos serviços de saúde. Adicionalmente, desigualdades regionais são evidentes, com pacientes das regiões Norte e Nordeste enfrentando mais desafios no acesso ao tratamento especializado. **Conclusão:** Os fatores socioeconômicos e o acesso aos serviços de saúde demonstraram ter impacto nas disparidades enfrentadas especialmente pela população parda das regiões Nordeste e Sudeste. Ademais, fazem-se necessárias políticas públicas que promovam o diagnóstico precoce, que combatam as causalidades e que garantam o acesso equitativo ao tratamento para reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes brasileiros com LNH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.494>

MONOMORPHIC POST-TRANSPLANTATION LYMPHOPROLIFERATIVE DISORDERS AFTER SOLID ORGAN TRANSPLANTATION – SINGLE INSTITUTE EXPERIENCE

LFC Oliveira, MM Komatsu, ML Campoy,
TG Cavalcante, AP Dutra, MA Monteiro,
MTA Almeida, GZ Netto, LM Cristofani,
V Odone-Filho

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brazil

Introduction: Solid organ transplantation (SOT) is an effective treatment modality for children and young adults with end-stage organ failure with 5-year overall survival ranging from 25 to 95% depending on the transplanted organ. Patients subsequently require lifelong immunosuppression to maintain graft health and limit the risk of graft rejection. Commonly used immunosuppressants to inhibit organ recipient T-lymphocyte function include calcineurin inhibitors (CNI), mTOR inhibitors, thiopurines, and antimetabolites. Most cases of monomorphic Post-Transplantation Lymphoproliferative Disorders (m-PTLD) are related to the Epstein Barr virus (EBV) and occur in patients who were EBV seronegative before the transplant. **Objective:** Our aim is to assess the overall survival in patients diagnosed with monomorphic Post-Transplantation Lymphoproliferative Disorders after SOT. **Methods:** We present retrospective data on 46 pediatric patients diagnosed with monomorphic Post-Transplantation Lymphoproliferative Disorders with Non-Hodgkin Lymphoma (NHL) after SOT in our Institution between 2001 and 2024. **Results:** Twenty four of the 46 were male, and 22 were female, and mean age at the time of diagnosis of PTLD was 8 years (age range, 11 months to 17 years). PTLD was diagnosed at a median time of 36 months after the organ transplant, with a significantly shorter interval in liver (20/46), 31 months, versus heart (15/46) or kidney (11/46) graft recipients (48- and 42-months years, respectively p < 0,05). Most common histopathology subtypes were Burkitt in 20/46 (44%), Diffuse Large B-cell lymphoma (DLBCL) in 19/46 (41%) and other NHL in 7/46 (15%). Most common sites were abdominal (17/46), followed by cervical and axillary lymph nodes (12/46). Murphy staging system revealed: Stage I (5/46 - 11%), Stage II (5/46 - 11%) and Stage III (33/46 - 72%). Stage IV diseases with bone marrow (1/46 - 2%) and/or Central nervous system Involvement (CNS) (2/46 - 4%). The treatment carried out was reduction of immunosuppression and rituximab in 18 patients, with chemotherapy, rituximab and reduction of immunosuppression in 28 patients. In one relapse there was a need for bone marrow transplantation. No differences in outcome were observed between Early (22/46) and late-onset (24/46) PTLD and EBV-positive (14/46) or EBV-negative (25/46) PTLD, respectively. The 5-year overall and event-free survival were 91% and 83%, respectively. **Conclusion:** The outcome of m-PTLD has clearly improved as a result of the introduction of more uniform treatment protocols and improved supportive care, instaging and response monitoring. The majority of had a good response with chemotherapy and/or rituximab.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.495>

RELATO DE CASO: DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO

MS Santos ^a, AM Lima ^a, AB Macêdo ^a,
LNS Oliveira ^a, LD Silva ^a, OF Oliveira ^a,
PFN Queiroga ^a, BR Sampaio ^b, RL Costa ^c,
EMM Costa ^{a,b,d}

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