

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

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

^c Hospital Regional Vicentina Goulart, Jacobina, BA, Brasil

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

Introdução: O Linfoma de Células do Manto (LCM) é um tipo de câncer hematológico raro e agressivo que afeta os linfócitos B maduros. Representa cerca de 6% dos linfomas não-Hodgkin, com maior incidência em homens acima de 60 anos. A dificuldade no diagnóstico precoce decorre da apresentação clínica variada e da baixa suspeição da doença. **Objetivo:** Relatar o caso de um idoso com LCM, destacando as dificuldades para o diagnóstico diferencial. **Relato de caso:** Paciente masculino, 79 anos, previamente hígido, admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional de Jacobina-BA com febre, mialgia, cefaleia e dor abdominal há 6 dias. No exame físico admissional apresentava letargia, icterícia (2+/4+), hipocromia (+/4+), epistaxe moderada e baço palpável de 5 cm. Exames laboratoriais: hemoglobina 7,9 g/dL, hematócrito 24%, leucócitos 6.600/mm³, plaquetas 19.000/mm³, Dengue IgG e IgM positivos. Recebeu transfusões sucessivas de hemácias, plaquetas e crioprecipitados. Apesar da melhora clínica progressiva, persistiam plaquetopenia e anemia, além de leucocitose com predomínio linfocitário (60%). No 12º dia de internação, a ultrassonografia abdominal total mostrou esplenomegalia de 21 cm e imagens nodulares periesplênicas, sugestivas de linfonodopatia. A tomografia abdominal mostrou linfonodomegalias e conglomerados linfonodais nas cadeias periaórticas, pericavais, interaortocaval, celíaca, hepática, gástrica direita e mesentéricas superiores. O paciente recebeu alta da UTI no 17º dia e foi transferido para a enfermaria, onde foi feita a imunofenotipagem de sangue periférico que revelou marcadores compatíveis com doença linfoproliferativa crônica. Recebeu alta para acompanhamento hematológico e investigação adicional. A biópsia de medula óssea confirmou o diagnóstico, sendo solicitado o esquema R-CHOP (Rituximabe, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisona). **Discussão:** Este caso ilustra a complexidade diagnóstica do LCM, um tipo agressivo de linfoma não-Hodgkin, que desafia a prática clínica, em especial em pacientes idosos. A apresentação do LCM pode ser insidiosa, variada e mascarada por sintomas inespecíficos como febre, mialgia e linfadenopatia, que podem ser confundidos e justapostos com infecções virais, incluindo arboviroses. A presença de linfadenopatia e esplenomegalia são características comuns do LCM, porém, esses achados são inespecíficos e podem se manifestar em outras doenças. A confirmação diagnóstica ocorre pela biópsia linfonodal ou medular. O tratamento é quimioimunoterapia e o esquema R-CHOP é a terapêutica padrão. **Conclusão:** O caso revela a dificuldade de ter um linfoma agressivo como possível diagnóstico diferencial na presença de adenomegalias volumosas, esplenomegalia e sintomas constitucionais no período de epidemia de arboviroses.

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B EM PACIENTE HIV POSITIVO COM REFRATARIEDADE/RECAÍDA EM TESTÍCULOS.

SH Nunes, CRS Nunes, S Garcia, LVD Valle, COC Vieira, RP Souza, CB Burrowes, MC Pedro, E Pena, JP Rocha

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O Linfoma não-Hodgkin (LNH) é uma forma comum de câncer hematológico que se origina de células B e T. Nos países ocidentais, o Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é o subtipo de LNH mais frequente, representando cerca de 31% de todos os linfomas em adultos. Desde a introdução da terapia antiretroviral (TARV), e subsequente reconstituição imunológica, o tratamento de pacientes HIV positivos é similar ao de pacientes que não convivem com o vírus, alcançando taxas semelhantes de sobrevida global (SG). **Descrição do caso:** Paciente, 38 anos, hipertenso, com obesidade grau III e portador de HIV em tratamento regular com TARV há 2 anos, apresentando massa em região rinossinusal com edema infraorbitário de crescimento rápido, sem sintomas B ou alterações neurológicas. Biópsia da lesão confirmou LDGCB, EBV positivo através de EBER, com acometimento do Sistema Nervoso Central (SNC) confirmado por imunofenotipagem do líquido cefalorraquidiano (LCR), sem infiltração da medula óssea. PET TC evidenciou múltiplas lesões líticas esparsas em todo o esqueleto axial e apendicular. Performance status ECOG 1, e International Prognostic Index (IPI) 3 pontos (risco intermediário/alto). Foi submetido a tratamento de 1ª linha com o protocolo R-CODOX-M/R-IVAC, com boa resposta clínica, e negatificação do LCR. Cinco meses após o término do tratamento, ainda sem avaliação de PET-TC, apresentou aumento testicular bilateral, além de reaparecimento de edema infraorbitário à direita. USG e TC sugeriam envolvimento neoplásico de ambos os testículos. Realizou orquiectomia bilateral após congelação confirmar DGCB, consistente com refratariedade/recaída precoce ao tratamento. Iniciou protocolo de resgate com R-ESHAP com programação de quimioterapia intratecal e consolidação com Transplante Autólogo de Células Tronco Hematopoéticas mais radioterapia em bolsa escrotal. **Discussão:** O prognóstico do LDGCB melhorou substancialmente desde a incorporação do anticorpo monoclonal anti-CD20 aos protocolos convencionais de quimioterapia, atingindo taxas de SG em 5 anos de até 70%. Apesar dos avanços, uma minoria de pacientes com LDGCB sofrerá recidiva em sítios de santuário, SNC e/ou testículos, com resultados historicamente ruins. O risco é maior nos pacientes HIV positivos e/ou IPI elevado, e está associado a prognóstico ruim e sobrevida limitada a longo prazo. **Conclusão:** Pacientes com LDGCB e acometimento de santuário, refratários ou com progressão precoce, menos de 12 meses após o tratamento de primeira linha, constituem uma população de prognóstico reservado. Não há consenso sobre a melhor estratégia terapêutica de resgate. Idealmente esses pacientes deveriam ser encaminhados para pesquisa clínica, porém pacientes HIV positivos são tradicionalmente excluídos dos estudos, constituindo uma necessidade não atendida na Hematologia, especialmente no cenário público.