

DISPARIDADES REGIONAIS E INTERNAÇÕES POR LINFOMA NÃO-HODGKIN NA POPULAÇÃO JOVEM BRASILEIRA: UMA ANÁLISE DE 2019 A 2024

JS Cardoso ^a, LA Muzzy ^b, P Dupont ^c, SP Horta ^d, GS Medeiros ^e, VM Pulchério ^f, IBP Rocha ^g, LVS Santos ^h, LHMSG Gracioli ⁱ

^a Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Caetano do Sul, SP, Brasil

^b Centro Universitário Faminas (FAMINAS), Muriaé, MG, Brasil

^c Universidade do Contestado (UnC), Mafrá, SC, Brasil

^d Faculdade de Minas (FAMINAS-BH), Belo Horizonte, MG, Brasil

^e Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Osasco, SP, Brasil

^f Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), Várzea Grande, MT, Brasil

^g Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos (HUMANITAS) São José dos Campos, SP, Brasil

^h Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), Recife, PE, Brasil

ⁱ Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil

Objetivos: Analisar os casos diagnosticados de linfoma não-Hodgkin na população de 0 a 19 anos, de 2019 a 2024. **Material e método:** Foi realizado o levantamento de dados de ano do diagnóstico no território brasileiro, durante o período de 2019 a 2024, disponíveis nos seguintes sistemas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), através do Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade; Sistema de Informação Hospitalar (SIH); Sistema de Informações de Câncer (SISCAN). **Resultados:** Entre 2019 a 2025, foram diagnosticados no Brasil 1.869 casos de Linfoma Não-Hodgkin (LNH), sendo o número de casos de LNH Difuso (1.754) significativamente superior ao LNH Folicular (115). O Sudeste foi a região com maior quantidade de casos de LNH difuso (604) e de Linfoma Folicular (45). Em comparação, a região Norte possui a menor quantidade de casos do tipo difuso (170) e apresenta 16 casos diagnosticados do tipo folicular. Além disso, podemos observar que no mesmo período descrito acima o Sul foi a região que apresentava menos casos de Linfoma Folicular (15) e sobre casos de LNH Difuso seriam 332. Já a região Centro-Oeste obteve o menor índice de casos de LNH Difuso (169) e, sobre os casos de Linfoma Folicular, foram diagnosticados 21. Por último, a região Nordeste teve um número baixo de casos de Linfoma Folicular (18), porém apresentou o segundo maior índice de casos de LNH difuso (479). **Discussão:** Os dados de 2019 a 2024 revelam que, no tocante ao perfil sociodemográfico, o Linfoma Não-Hodgkin difuso (LNH) é consideravelmente mais prevalente do que o linfoma folicular no Brasil. As disparidades regionais na incidência, que se correlacionam com a prevalência de LNH em todas as regiões, sugerem interferência devido a fatores como as condições socioeconômicas e as diferenças nas infraestruturas

médicas, sublinhando a importância das estratégias de saúde pública para melhorar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento nas zonas sub atendidas. Assim, vale ressaltar que o maior registro de número de casos corresponde a região sudeste, o que pode ser explicado por uma maior densidade populacional e melhor acesso aos serviços de saúde. Por outro lado, nas regiões centro-oeste e norte, há uma quantidade consideravelmente menor de casos de LNH difuso e folicular, provavelmente, devido às barreiras no acesso ao diagnóstico e tratamento, bem como potenciais subnotificações. **Conclusão:** Diante dos dados apresentados, observa-se que as internações por Linfoma Não-Hodgkin (LNH) na faixa etária de 0 a 19 anos no Brasil, entre 2019 a 2024, superam as ocorrências de linfoma folicular. Ademais, os dados evidenciam disparidades regionais que refletem a influência de fatores socioeconômicos e estruturais na incidência e no registro dos casos de LNH. As discrepâncias na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde destacam a necessidade urgente de estratégias de saúde pública que visem melhorar o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado. Portanto, este estudo sublinha a importância de intervenções estratégicas e planejadas no sistema de saúde brasileiro, com o objetivo de não apenas promover a detecção precoce e o tratamento eficaz, mas também de reduzir as desigualdades regionais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.498>

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B SEM DOENÇA NODAL: UM RELATO DE CASO

LN Veloso ^a, CP Batista ^a, ICR Diogo ^a, VL Abreu ^a, JVFA Cordeiro ^a, GJ Almeida ^a, BPD Santos ^a, KG Frigotto ^a, EB Riscarolli ^b, VRGA Valviesse ^a

^a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) é o tipo mais comum de Linfoma Não-Hodgkin. A manifestação clínica frequentemente inclui sintomas constitucionais, sintomas 'B' (febre, sudorese noturna e perda ponderal não intencional) e linfonodomegalia indolor. Pode haver, também, acometimento extranodal em aproximadamente 30% dos pacientes. Morfologicamente, o LDGCB é caracterizado por infiltração difusa de células que comprometem a arquitetura subjacente dos linfonodos afetados. O potencial de cura da doença é de aproximadamente 60-70% com o tratamento quimioterápico com ciclos de rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (R-CHOP). Neste trabalho, apresentamos um caso de LDGCB com infiltração unicamente extranodal. **Apresentação do caso:** Paciente feminina, 85 anos, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e história de acidente vascular cerebral há cerca de 23 anos, comparece ao ambulatório de hematologia com história de sudorese noturna e hiporexia há 5 meses. Ao exame físico, observou-se dor à palpação do hipocôndrio esquerdo, com

baço palpável cerca de 4 cm do rebordo costal, sem linfonodos palpáveis. Os exames laboratoriais mostraram leucócitos $48.200/\text{mm}^3$, sendo 90% linfócitos, enzima lactato desidrogenase 300 U/L, Coombs direto negativo, e sorologias para o vírus da imunodeficiência humana, hepatite B e C, e vírus T-linfotrófico humano negativos. O esfregaço de sangue periférico identificou células de *Gumprecht* e células linfoides atípicas, raras e nucleares. A ultrassonografia abdominal total confirmou a esplenomegalia e fígado de dimensões normais. Dada a suspeita inicial de uma doença linfoproliferativa, foi realizada a imunofenotipagem por citometria de fluxo do sangue periférico, que foi compatível com LDGCB, com 80,0% de linfócitos, sendo 69,12% linfócitos B CD19+ e 10,71% linfócitos T CD3+. A biópsia de medula óssea (MO) confirmou o diagnóstico e a imunohistoquímica da MO mostrou CD3 negativo e CD20 positivo. Durante o acompanhamento, foi observada perda de peso de 10 kilogramas, além de artralgia em joelho e tornozelo, associada a edema de membros inferiores (MMII). Foi solicitado ecodoppler venoso de MMII, que não apresentou sinais de trombose venosa profunda ou tromboflebite superficial. Também foi realizada tomografia computadorizada de pescoço, tórax, e abdômen total, sem sinais de infiltração da doença. Nesse contexto, a paciente foi diagnosticada com LDGCB, estágio IVb de *Ann Arbor*, com infiltração isolada da MO e sem doença nodal. Como tratamento, foi prescrito R-CHOP. Após 5 ciclos de quimioterapia, o paciente obteve melhora clínica e hematológica, com redução dos sintomas e queda dos leucócitos totais para $5.440/\text{mm}^3$. **Discussão e conclusão:** Embora o LDGCB seja tradicionalmente associado ao envolvimento linfonodal, o caso relatado apresenta uma forma incomum da doença, sem comprometimento evidente dos linfonodos. O diagnóstico foi estabelecido por meio de biópsia da MO, associada a análises de imunohistoquímica e imunofenotipagem utilizando citometria de fluxo, uma vez que não foi possível realizar a biópsia excisional de linfonodo afetado. O exame físico e os exames de imagem realizados não identificaram linfonodos positivos para a doença. A resposta ao tratamento instituído corrobora com o diagnóstico inicial. Este relato de caso mostra uma apresentação atípica do LDGCB, ressaltando a necessidade de maior investigação sobre as diversas variantes da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.499>

LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO: RELATO DE CASO

ML Araujo^a, NDRL Monteiro^a, PBB Galrao^a,
BGF Pires^a, LM Araújo^a, NMO Almeida^a,
HTS Cruz^a, MSC Fragoso^a, AM Lima^b,
EMM Costa^a

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

^bFaculdade Ages de Medicina, Jacobina, BA, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células do Manto (LCM) é um sub-tipo raro de linfoma não-Hodgkin de células B, com formas agressiva ou indolente. Caracteriza-se pela translocação t

(11;14) (q13;q32), resultando na superexpressão da ciclina D1, que afeta o ciclo celular e a apoptose. Representa 5-7% dos linfomas não-Hodgkin, acomete principalmente homens de 64 anos em média, com sobrevida de 3-4 anos. O tratamento padrão inclui quimioterapia intensiva e manutenção com anti-CD20. Casos refratários ou recidivantes podem usar inibidores da tirosina quinase de Bruton (BTKi), mas o prognóstico permanece reservado, mesmo com transplante de células-tronco. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente idoso com LCM grave, que recaiu após tratamento com R-CHOP e manutenção com Rituximabe, tendo excelente resposta ao uso de BTKi. **Metodologia:** Revisão do prontuário do paciente e pesquisa bibliográfica. **Relato de caso:** Paciente R.R.B., masculino, 63 anos, de Serrinha-BA, atendido em unidade privada de hematologia em Feira de Santana-BA, com perda ponderal, febre baixa intermitente e cefaleia em junho de 2020. Hemograma: hemoglobina de 9,8 g/dL, leucocitose com blastos ($37.620/\text{mm}^3$) e plaquetopenia ($58.000/\text{mm}^3$). Exame físico: hipocorado +/++++; esplenomegalia. Imunofenotipagem de sangue periférico mostrou doença proliferativa de célula B. Biópsia medular e imunohistoquímica compatível com LCM. PET/CT revelou hipermetabolismo em linfonodos, esplenomegalia e hipercaptção no estômago e esqueletos. Estadiamento Ann-Arbor 4. Tratamento com R-CHOP iniciou-se em julho de 2020; após o 1º ciclo, desenvolveu neutropenia febril e pneumonia. Realizou 6 ciclos de quimioterapia com remissão completa em outubro de 2020. Rituximabe manutenção iniciou em março de 2021 a cada 2 meses. Em maio de 2022, após o 9º ciclo, foi diagnosticado em investigação de febre sem foco, tuberculose, resultando na interrupção temporária do tratamento e uso de COXCIB4. Tratamento com Rituximabe retomado em fevereiro de 2023. Em outubro de 2023, apresentou linfonodomegalia axilar esquerda. PET/CT evidenciou recaída da doença. A opção terapêutica foi BTKi de 2ª geração em novembro de 2023, com início do tratamento em janeiro de 2024. PET/CT de abril de 2024 revelou remissão completa. O paciente segue acompanhamento bimestral. **Resultados e discussão:** O LCM representa 5% dos linfomas não-Hodgkin, frequentemente diagnosticado em estágios avançados, 70% em estágio IV. O diagnóstico é confirmado por biópsia de medula óssea ou ganglionar e análise imunohistoquímica. O tratamento com R-CHOP e Rituximabe manutenção levou à regressão da doença. O perfil imunossupressor do Rituximabe pode predispor o paciente a infecções. O paciente apresentou tuberculose, suspendeu a terapia, o que pode ter contribuído para a recaída do LCM. A introdução do BTKi de 2ª geração, especificamente acalabrutinibe, mostrou excelente resposta terapêutica por apresentar menos efeitos colaterais ao alterar minimamente células não-alvo. Estudos indicam que o uso precoce dessa terapia em casos de recaída melhora a sobrevida global e de progressão. **Conclusão:** O LCM é frequentemente incurável, e a terapia deve considerar características clínicas, da doença e do paciente. Para este paciente idoso, a escolha do BTKi de segunda geração foi eficaz para tratamento de LCM recaído, destacando-se por ser uma droga mais seletiva, sendo uma opção terapêutica que traz aumento de sobrevida no cenário de pacientes com doença refratária e recidivada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.500>