

Linfoma de Células do Manto (LCM). Em comparação ao Ibrutinib, outro inibidor da BTK, apresenta maior seletividade pela enzima, o que resulta em perfil de toxicidade cardiovascular reduzido, configurando-se como opção terapêutica preferencial para pacientes com comorbidades cardiovasculares. Na LLC, particularmente em casos associados a pior prognóstico, como aqueles portadores da deleção 17p, o acalabrutinib demonstrou superioridade em eficácia frente aos regimes quimioterápicos convencionais, promovendo maior sobrevida livre de progressão e respostas clínicas prolongadas. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 58 anos, obeso mórbido (160 kg), portador de Hipertensão Arterial (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Insuficiência Venosa, iniciou acompanhamento com presença de sintomas B, isto é, febre acompanhada de sudorese noturna e queixa de perda ponderal de 20 kg. Ao exame, apresentava leucocitose de 80.000/mm<sup>3</sup>, na ausência de linfonodomegalia. Em agosto de 2022, é confirmado o diagnóstico de LLC, apresentando Imunofenotipagem característica. A estratificação genética/molecular para avaliação prognóstica revelou deleção 17p e mutação TP53 positivas, além de IGH mutado, indicando mau prognóstico e auxiliando na decisão terapêutica. Devido às comorbidades, não houve indicação de quimioterapia, sendo prescrito, em setembro de 2022, o Acalabrutinib, fármaco associado a menor incidência de efeitos colaterais. Após dois meses de tratamento, o paciente evolui com Fibrilação Atrial de Alta Resposta (FAAR), sendo iniciados Metoprolol e Marevan como conduta terapêutica. Associadamente, apresenta quadro de Insuficiência Cardíaca descompensada, manejada com Metoprolol, Furosemida, Aldactone e Carvedilol, mantendo-se o uso de Acalabrutinib. Atualmente, após dois anos de uso de Acalabrutinib, encontra-se em remissão da neoplasia, com doença cardiovascular controlada. Exames laboratoriais recentes mostram leucócitos dentro da faixa de normalidade e Imunofenotipagem com Doença Residual Mínima (DRM) negativa, prosseguindo tratamento. **Conclusão:** Embora apresente perfil cardiovascular mais favorável, o Acalabrutinib não está isento de eventos adversos, sobretudo em pacientes com cardiopatias preexistentes. As diretrizes clínicas recomendam a suspensão temporária ou definitiva do medicamento em casos de toxicidade significativa. No caso, tais eventos foram manejados com sucesso, sem evidências de refratariedade, justificando a manutenção da terapia em virtude do benefício clínico proporcionado pelo Acalabrutinib e da escassez de opções terapêuticas alternativas devido às comorbidades prévias apresentadas.

#### Referências:

- Shadman M. Diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a review. *JAMA*. 2023;329:918-32. doi:10.1001/jama.2023.1212.
- Byrd JC, Hillmen P, Ghia P, Kater AP, Chanan-Khan A, Furman RR, et al. Acalabrutinib versus ibrutinib in previously treated chronic lymphocytic leukemia: results of the first randomized phase III trial. *J Clin Oncol*. 2021;39:3441-52. doi:10.1200/JCO.21.01521.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104348>

ID - 2612

#### A REAL-WORLD STUDY OF PATIENT DEMOGRAPHICS, CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE TREATMENT PATTERNS OF CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA AND SMALL LYMPHOCYTIC LYMPHOMA IN BRAZIL

C Arrais<sup>a,b</sup>, J Vaz Pinto Neto<sup>c</sup>, LYC Garcia<sup>d</sup>, H Kagdi<sup>d</sup>, E Guardalben<sup>d</sup>, JM Hua<sup>d</sup>, N Milloy<sup>e</sup>, A Lambert<sup>e</sup>, A Simpson<sup>e</sup>, G Segall<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brazil

<sup>b</sup> Hospital Nove de Julho, São Paulo, Brazil

<sup>c</sup> Oncoclínicas Brasília and ABHH, Brasília, Brazil

<sup>d</sup> Eli Lilly and Company, Indianapolis, United States

<sup>e</sup> Adelphi Real World, Adelphi Mill, Bollington, Macclesfield, United Kingdom

**Introduction:** Chronic lymphocytic leukemia (CLL) and small lymphocytic lymphoma (SLL) are B-cell malignancies in which dysfunctional mature B cells accumulate in the blood and bone marrow (CLL) or lymphoid tissues (SLL). There is limited evidence describing the profile and treatment (tx) of patients (pts) with CLL/SLL in Brazil in the real world. **Objectives:** This study aimed to describe the demographics, clinical characteristics and tx patterns of pts with CLL/SLL in Brazil. **Material and methods:** Data were drawn from the Adelphi CLL Disease Specific Programme™, a cross-sectional survey with retrospective data collection from Sept 2022-Feb 2023 in 8 countries including Brazil. Hematologists/hem-oncologists provided demographic, clinical characteristic and tx data for 8 consecutively consulting pts with CLL/SLL in a 3:5 ratio of those currently receiving tx in first line (1L) vs. previously treated (2L+). Descriptive analyses for the Brazilian sample are presented. **Results:** Physicians (n = 43) provided data for 348 pts with CLL/SLL. Most were hematologists (86%, n = 37/43) and based in an academic/specialty center (79%, n = 34/43), with 12% (n = 5/43) based in a general hospital and 9% (n = 4/43) elsewhere. Most pts (90%, n = 313/348) had a diagnosis of CLL, with a median age of 69.0 (interquartile range: 62.0, 75.0) years, 62% (n = 216/348) were male, and 18% (n = 63/348) had a caregiver. Most commonly, pts had an ECOG Performance Status 0-1 at data collection (82%, n = 287/348) and a CLL-International Prognostic Index (IPI) of intermediate (26%, n = 90/348) or high risk (33%, n = 114/348). IGHV (78%, n = 271/348) and TP53 (76%, n = 266/348) were the most common high-risk features tested for, with 49% (n = 133/271) unmutated for IGHV and 28% (n = 75/266) mutated for TP53. Del(17p) was tested in 45% of pts (n = 157/348). Complex karyotype was assessed in 12% (n = 43/348) of pts. The most common 1L txs (received alone or in combination) were FCR (29%, n = 100/348), ibrutinib (18%, n = 64/348) and acalabrutinib (8%, n = 29/348); some venetoclax-obinutuzumab use was observed (3%, n = 9). At 2L, the most common txs (alone or in combination) were ibrutinib (30%, n = 63/208), acalabrutinib (21%, n = 43/208)

and venetoclax (18%, n = 38/208). For 1L tx initiated 2010-2019, ibrutinib (alone or in combination) was received by 11% (n = 9/80; known start date), and acalabrutinib by 3% (n = 2/80; known start date). For the period 2020-2023, ibrutinib was received by 20% (n = 39/198; known start date) and acalabrutinib by 12% (n = 23/198; known start date). Overall, 57% (n = 200/348) of pts ever received a BTKi; 20% (n = 40/200) received a tx post-BTKi. For pts who received a BTKi (alone or in combination) at 1L, overall response rate (ORR) was 62% (n = 56/90); the same for those who received chemotherapy/chemoimmunotherapy (62%, n = 134/215). At 2L, respective ORR was 68% (n = 73/108) and 41% (n = 18/44). **Discussion and conclusion:** This real-world population in Brazil reflects the typical age and male predominance of CLL/SLL pts, with variable rates of high-risk genetic testing. Recent years have seen a clear shift in tx patterns toward targeted therapies, particularly BTKi, though earlier approval dates vs. BCL2i may have influenced this. These findings suggest the increasing adoption of novel agents. The relatively low proportion of pts with a caregiver highlights a need for txs with low burden of administration and monitoring.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104349>

ID - 767

#### APRESENTAÇÃO CLÍNICA NÃO USUAL DE LEUCEMIA PROLINFOCÍTICA T – RELATO DE CASO

JA Barbosa <sup>a</sup>, EX Souto <sup>a</sup>, LC Bento <sup>a</sup>,  
MS Passaro <sup>a</sup>, AA Barroso <sup>b</sup>, FA Sousa <sup>a</sup>,  
EDRP Velloso <sup>a</sup>, NS Bacal <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Prevent Senior, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A Leucemia Prolinfocítica T (LPLT) é uma neoplasia hematológica rara e agressiva, caracterizada pela proliferação clonal de prolinfócitos T maduros, geralmente com imunofenótipo CD4 positivo. Tipicamente, apresenta linfocitose elevada (acima de 100.000/mm<sup>3</sup>), anemia, trombocitopenia, hepatoesplenomegalia e adenomegalia generalizada, entretanto, um pequeno subgrupo de pacientes apresentam uma fase indolente e assintomática. **Objetivo:** Descrever apresentação não usual de LPLT. **Descrição do caso:** Relato de caso: Sexo feminino, 77 anos, assintomática, sem linfonodomegalias e/ou visceromegalias com achado de exame de linfocitose discreta. Hemograma: Hb 14,4 g/dL, Leucócitos 18.540/mm<sup>3</sup>, Linfócitos 9.391/mm<sup>3</sup>, Plaquetas 258.000/mm<sup>3</sup>. Mielograma: Medula óssea hiper celular, com hipocelularidade relativa granulocítica, normomaturativa, com 13,2% de células linfoides de pequeno a médio porte, com cromatina condensada por vezes com sombra de nucléolo e citoplasma basofílico. A análise imunofenotípica da medula óssea identificou 26,6% de células que expressam CD2, CD3 (fraca expressão), CD4, CD5, CD7 e TRBC-1. Essas células foram negativas para CD8, CD10, CD16, CD25, CD26, CD56, CD57 e TRBC-2. A análise desta população apresentou padrão monotípico, através da análise da expressão antigênica do TRBC1 e TRBC2.

Cariótipo:46,XX,del(6)(q12),psudic(7;7)(q36;q36),add(8)(p21),der(8)t(8;8)(p21;q13), del(11)(q14q25), inv(14)(q11.2q32), -21,+22, add(22) (p11.2)x2[11]/46,XX[9] nuc ish (TCRAD)x2 (5'TCRAD sep 3'TCRAD)x1[79/100]. A inv(14) correspondente a rearranjo envolvendo o gene TCRAD, é anormalidade citogenética recorrente em neoplasias de células T, particularmente na Leucemia Prolinfocítica T. A análise histopatológica da biópsia de medula óssea identificou cerca de 30% de linfócitos T com padrão de distribuição intersticial que ao estudo imuno-histoquímico são positivos para CD3, CD4, CD7 e TCL1 e negativos para CD10, bcl-6, PD1, TdT, CD34, CD56, CD57, CD8, CD30, ALK1 e CD25. **Discussão:** Relatamos um caso com apresentação clínica e laboratorial pouco usual de LPLT em paciente do sexo feminino, 77 anos, assintomática, sem visceros e/ou adenomegalias e linfocitose discreta. A análise da medula óssea revelou população linfóide T monoclonal CD4 positiva, com perfil imunofenotípico sugestivo de LPLT. A presença da inversão inv(14)(q11.2q32), corresponde ao rearranjo envolvendo o gene TCRAD, alteração citogenética recorrente nesta neoplasia. A imuno-histoquímica demonstrou positividade para TCL1, reforçando o diagnóstico. **Conclusão:** O diagnóstico da LPLT pode ser desafiador, especialmente em casos com apresentação não usual. Este caso ressalta a importância da integração das metodologias laboratoriais como citomorfologia, imunofenotipagem por citometria de fluxo, estudo anatomopatológico e imunohistoquímico e genética para o diagnóstico preciso e manejo clínico adequado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104350>

ID - 2410

#### ASPECTOS CLÍNICOS E PATOLÓGICOS DA SÍNDROME DE RICHTER NA TRANSFORMAÇÃO DA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

I de Melo e Costa <sup>a</sup>, M Oliveira do Nascimento <sup>b</sup>,  
R Oliveira dos Santos <sup>b</sup>, A Monteiro Tarragô <sup>b</sup>,  
J Fernandes Paes <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO), Manaus, AM, Brasil

<sup>b</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Hematologia, Universidade do Estado do Amazonas (PPGH-UEA), Manaus, AM, Brasil

<sup>c</sup> Pós-Graduação em Imunologia Básica e Aplicada (PPGIBA), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, AM, Brasil

**Introdução:** A Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) é uma hemopatia linfóide derivada da transformação maligna de células B maduras que adquirem mutações genéticas, promovendo resistência à apoptose e acúmulo celular anormal. A Síndrome de Richter (SR) representa uma condição agressiva e clonal proveniente da transformação da LLC em um linfoma agressivo, sendo o Linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) o mais frequente e ocorrendo em 0,5% a 1% dos pacientes com LLC por ano. Essa transformação histológica e clínica está associada a um curso clínico acelerado e