

Introdução: O Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B (LNHDGCB) é o subtipo mais prevalente de linfoma não-Hodgkin, com comportamento agressivo e tratamento padrão baseado no esquema R-CHOP. A adição do Rituximabe ao protocolo tem demonstrado benefício clínico, mas o impacto do momento de sua introdução ainda é pouco esclarecido. **Objetivos:** O objetivo principal do estudo é comparar o tratamento com CHOP e R-CHOP em pacientes com LNH DGCB tratados em hospital de referência na região do Grande ABC, analisando o momento da introdução do Rituximabe ao esquema e seu impacto nas curvas de sobrevida de pacientes com LNH DGCB. Ainda, será analisada a ocorrência de toxicidade hematológica secundária ao Rituximabe, com objetivo de avaliar se o maior número de ciclos da droga é realmente mais benéfico. **Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo realizado com 105 pacientes diagnosticados com LNHDGCB e tratados no Hospital Estadual Mário Covas. Foram analisadas variáveis clínicas, prognósticas e o momento de início do Rituximabe. A análise estatística incluiu curvas de Kaplan-Meier para estimar a sobrevida livre de progressão (SLP) e a sobrevida global (SG), com aplicação do teste log-rank para comparação entre os grupos. **Resultados:** Os pacientes que iniciaram o Rituximabe no primeiro ciclo apresentaram SLP e SG superiores, embora sem significância estatística (SLP: $p = 0,434$; SG: $p = 0,637$), quando comparado com os grupos que permaneceram sem este medicamento durante alguns ciclos. A sobrevida global em 5 anos foi de 90,9% no grupo com Rituximabe completo versus 70% nos com atrasos, com redução absoluta do risco de 20,9% e Número Necessário para Tratar (NNT) de 4,8. **Discussão e conclusão:** Os achados sugerem que o início do Rituximabe já no primeiro ciclo exerce impacto positivo e estatisticamente significativo sobre os desfechos clínicos, especialmente a SLP. A diferença nas curvas de Kaplan-Meier reforça a importância da administração precoce do anticorpo monoclonal, inclusive em cenários de atraso de apenas um ciclo. Além do benefício em sobrevida, não foi observado aumento relevante de toxicidade hematológica nos pacientes que receberam Rituximabe completo, indicando boa tolerabilidade da estratégia. Iniciar o Rituximabe no primeiro ciclo de quimioterapia pode melhorar significativamente os desfechos clínicos em pacientes com LNHDGCB. A adesão completa ao esquema terapêutico deve ser priorizada. Estudos prospectivos com maior controle metodológico são necessários para validar e expandir esses achados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104725>

ID - 910

IMPACTO ORÇAMENTÁRIO E BENEFÍCIO CLÍNICO DE POLATUZUMABE NA PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO PARA O LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B NO CONTEXTO BRASILEIRO

SK Nabhan^a, D Castro^b, VE Mata^b

^a Complexo Hospital de Clínicas (CHC), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

^b Roche Pharma Brasil, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma difuso de células grandes B (LDGCB) é o tipo mais comum dentre os linfomas não Hodgkin, onde 30-40% dos casos são do subtipo ABC (Activated B- cell-like), com pior prognóstico. Polatuzumabe vedotina mostrou benefício adicional quando comparado ao tratamento padrão no estudo POLARIX. **Objetivos:** Analisar o impacto clínico e orçamentário (IO) do Pola-R-CHP (Polatuzumabe Vedotin mais Rituximabe, Ciclofosfamida, Doxorubicina e Prednisona) na primeira linha de tratamento (1L) em pacientes de alto risco (ABC) com LDGCB quando comparado ao uso de R-CHOP (Rituximabe, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisona), considerando uma jornada de tratamento com 4 possíveis linhas subsequentes de tratamento. **Material e métodos:** Análise de impacto orçamentário que utilizou o modelo árvore de decisão para representar a jornada de 4L de tratamento para LDGCB. O modelo utilizou as chances de progressão da doença para cada tratamento, market share dos tratamentos e custos com o tratamento medicamentoso, monitoramento e principais eventos adversos. Um estudo de microcusteio foi conduzido e todas as informações foram validadas por um painel de especialistas. O IO comparou dois cenários, um onde os pacientes com LDGCB do subtipo ABC iniciam o tratamento com Pola-R-CHP e outro onde iniciam o tratamento com R-CHOP. As linhas de tratamento subsequentes foram idênticas para ambos os cenários em termos de medicamentos, market share e progressão da doença. Os cálculos de custos diretos foram baseados em um paciente de referência com peso médio de 70 kg, altura de 171 cm e área de superfície corporal de 1,82 m². **Resultados:** O tratamento com Pola-R-CHP resultou em uma redução de 84% na progressão da doença em comparação com a redução de 59% com R-CHOP. Pola-R-CHP também proporcionou uma redução de 60% na necessidade de terapias de segunda linha. Essa redução se manteve nas linhas subsequentes, com 10 pacientes em tratamento na quarta linha no grupo Pola-R-CHP, comparado a 25 pacientes no grupo R-CHOP. Embora os custos de 1L tenham sido superiores com Pola-R-CHP, as economias geradas nas linhas subsequentes totalizaram BRL 29,6 milhões e um IO final de BRL 9,6 milhões com a inclusão de da inclusão Pola-R-CHP. **Discussão e conclusão:** Este modelo demonstra que o tratamento de 1L com Pola-R-CHP impacta positivamente a sobrevida livre de progressão com possibilidade de cura em pacientes ABC com LDGCB. Além da redução da necessidade de terapias subsequentes, frequentemente de menor eficácia e maior custo. Esses resultados confirmam o valor clínico de Polatuzumabe em pacientes de alto risco, com maior eficiência na alocação de recursos, previsibilidade orçamentária, devido ao regime fixo de Pola-R-CHP, e fortalece as recomendações da european hematology association (EHA) para esse perfil de pacientes. Espera-se que este estudo forneça informações valiosas para tomadores de decisão em discussões baseadas em evidências e valor, visando promover maior eficiência e transparência orçamentária no manejo do LDGCB.

Referências:

Nabhan S, Castro D, Mata VE. Impact of polatuzumab vedotin as first-line therapy for DLBCL on subsequent

treatments: Brazilian model. Value Health. 2025;28(Suppl 1):EE205. doi:10.1016/j.jval.2025.04.496.

Nabhan S, Castro D, Mata VE. Cost opportunity of polatumab vedotin as first-line therapy for DLBCL on subsequent treatments: Brazilian cost analysis. Value Health. 2025;28(Suppl 1):EE98. doi:10.1016/j.jval.2025.04.390.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104726>

ID - 1439

IMUNOSSUPRESSÃO CRÔNICA E SUAS COMPLICAÇÕES HEMATOLÓGICAS: RELATO DE LINFOMA NÃO HODGKIN E MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA EM PACIENTE PÓS-TRANSPLANTE RENAL

JLA Luz Souza, BG Marcon, ACP Veronez, BS de Oliveira, ACR Ribeiro, LB Brito, JF Campos, SC Fortier, TC Bortolheiro, DE Fujimoto

Serviço de Hematologia, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISC MSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: São descritas complicações decorrentes da imunossupressão crônica pós transplante de órgãos sólidos. Neste relato de caso descrevemos uma paciente jovem com história de transplante renal em uso de azatioprina e tacrolimus que desenvolveu transtorno linfoproliferativo pós transplante (PTLD) e provável microangiopatia trombótica (MAT). **Descrição do caso:** Mulher, 29 anos, com transplante renal em 2016, em uso de azatioprina e tacrolimus. Em 2023 diagnosticada com Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B (inclusive nos critérios de PTLD), feito 6 ciclos de R-CHOP com remissão completa. Internada em 2025 com pancitopenia e piora de função renal, sem achados de infecção oportunista. Realizado estudo medular para descartar recidiva de linfoma, com achado de medula óssea hipocelular para a idade (40% de tecido mieloide) e retardo maturativo na série granulocítica, sem displasia. Aventada hipótese de toxicidade medular por imunossupressão, sendo suspensa a azatioprina e o tacrolimus. Realizado rastreio de outras neoplasias, sem sinais de doença. Também consideramos o possível diagnóstico de MAT devido achado de anemia com DHL aumentado, haptoglobina consumida, esquistócitos em sangue periférico, plaquetopenia e lesão de órgão alvo (piora de função renal). Para auxílio diagnóstico feito Plasmic Score com resultado baixo (4 pontos), havendo baixa probabilidade de purpura trombocitopenia trombótica. Assim, mantivemos hipótese de provável MAT secundária a medicação (tacrolimus?) ou mediada por complemento. Não houve melhora do quadro após 45 dias sem o uso dos imunossupressores. Diante da possibilidade de MAT mediada por complemento e indisponibilidade de eculizumabe (da classe dos inibidores de complemento) na ocasião, iniciado plasmáfereze por 8 sessões, suspensas por instabilidade e ausência de melhora clínica e laboratorial. Paciente evoluiu com intercorrências infecciosas e necessidade de ventilação mecânica, evoluindo posteriormente a óbito após 90 dias de internação. **Conclusão:** O PTLD é a

neoplasia (não melanoma) mais comum em paciente pós transplante de órgãos sólidos, porém rara no caso de transplante renal, com incidência em 5 anos de 1-3%. As complicações hematológicas decorrentes do uso de tacrolimus estão presentes em 16% dos casos, sendo uma delas a microangiopatia trombótica que geralmente ocorre nos primeiros meses após início da imunossupressão. Trata-se de diagnóstico difícil devido presença de vários fatores etiológicos envolvidos (como rejeição do órgão ou infecção), porém há descrição de rápida resolução do caso após suspensão do medicamento. Há possibilidade da paciente não ter apresentado resposta precoce devido ao achado de hipoplasia medular. Há poucos relatos na literatura de hipoplasia medular associada ao tacrolimus, nesses casos também houve recuperação rápida após suspensão da droga. Esse trabalho relata duas complicações hematológicas na mesma paciente, provavelmente associadas a imunossupressão crônica. Consideramos que a paciente apresentou hipoplasia medular e posteriormente microangiopatia trombótica em decorrência do uso de tacrolimus. O uso prévio de quimioterapia pode ter contribuído para baixa resposta e ausência de recuperação medular após a suspensão do imunossupressor. Desta forma, este estudo reforça a importância de atenção às complicações ao uso crônico de tais medicações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104727>

ID - 3404

INFILTRAÇÃO CUTÂNEA EXTENSA EM PACIENTE COM MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM: RELATO DE CASO

LV Fonseca, PM Resende, WKP Barros, LR de Matos, NJ Kzan de Souza Neto, AC Meireles, LLC Teixeira, CCP Feres, GF Perini, N Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Macroglobulinemia de Waldenström (MW) é uma neoplasia linfoproliferativa de células B caracterizada pela combinação de linfoma linfoplasmocítico (LPL) e componente monoclonal IgM. Embora o envolvimento medular seja típico, manifestações extranodais, como infiltração cutânea e acometimento do sistema nervoso central (SNC), são raras e associadas a pior prognóstico. A ausência da mutação MYD88, presente em cerca de 90% dos casos, sugere curso mais agressivo e refratariedade terapêutica. **Descrição do caso:** Mulher, 66 anos, com quadro de parestesia em região distal de membros inferiores há 7 meses, evoluindo com paraparesia e hiporreflexia destes membros, além de dor em região lombar e no membro superior esquerdo, no qual ainda apresentava edema e massa ulcerada de crescimento progressivo há 6 meses. Ressonância magnética evidenciou lesão infiltrativa no espaço epidural intrarraquiano (C4–T2 à esquerda), sugestiva de doença linfoproliferativa. Foi submetida à laminectomia descompressiva e retirada de massa tumoral, cuja biópsia mostrou proliferação linfoplasmocitária