

agressivos. O prognóstico costuma ser reservado, com sobrevida mediana em torno de 12 meses. **Objetivos:** Descrever o perfil clínico, epidemiológico, imunofenotípico, e terapêutico dos pacientes com LPB diagnosticados na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. **Material e métodos:** Estudo observacional, retrospectivo de pacientes com diagnóstico confirmado por histologia de LPB em um centro de referência. Coletados em prontuário dados demográficos, clínicos e laboratoriais, incluindo sorologia para HIV e EBV, estadiamento segundo Ann-Arbor, resposta ao tratamento, e follow-up. **Resultados:** Foram identificados 12 pacientes com LPB. A idade média foi de 45,1 anos (mediana 41; IQR 35–55), predominando sexo masculino (66,7%). A infecção por HIV estava presente em 41,7% dos casos avaliados. O perfil imunohistoquímico mostrou CD20 negativo em 91,7%, CD138 positivo em 83,3% e MUM1 positivo em 66,7% dos casos avaliados. Dados sobre EBV não estavam disponíveis para a maioria dos pacientes. A resposta à 1ª linha foi: resposta completa em 58,3% (n = 7), refratária em 16,7% (n = 2) e sem informação em 25,0% (n = 3). Tendo sido realizado protocolos CHOP E DA-EPOCH. O tempo médio entre o diagnóstico e o último contato é de 2,88 anos, com variação entre 2,6 meses até 9,47 anos. **Discussão e conclusão:** Esta coorte confirma o perfil descrito na literatura para LPB: predomínio de adultos jovens, sexo masculino, associação frequente com HIV e fenótipo imunohistoquímico clássico (CD20–, CD138+, MUM1+). A taxa de resposta completa de 58,3% sugere eficácia inicial do tratamento em parte dos pacientes. A raridade da doença e a heterogeneidade dos dados reforçam a necessidade de padronização do registro clínico-patológico e de estudos multicêntricos para avaliar comparativamente estratégias terapêuticas.

Referências:

Ricker JL, Chen Q, Huang Q, Rosenwald A, Perry AM, Cook JR, et al. Plasmablastic lymphoma: a review of current knowledge. *Blood Cancer J.* 2018;8(12):118. doi:10.1038/s41408-018-0154-9.

Castillo JJ, Bibas M, Miranda RN. Plasmablastic lymphoma: a systematic review of the literature. *Am J Hematol.* 2015;90(5):450-4. doi:10.1002/ajh.23947.

Lopes AB, Oliveira FB, Maciel RR, Costa AT, Soares Junior AC, Silva ESM, et al. Linfoma plasmablastico associado a lesão em sistema nervoso central: proposta de tratamento a um raro caso na literatura. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2024;25(2):–. [publicação online antes da paginação] doi:10.1016/j.htct.2024.05.006.

Godoi AB, Silva RS, Almeida TM, Oliveira CM, Costa FS, Paniago AMM, et al. Linfoma plasmablastico em paciente com vírus da imunodeficiência humana – um relato de caso. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2021;43(S1):S560. doi:10.1016/j.htct.2021.10.928.

Fernández-Álvarez R, García JF, Martín-Moro F, González-Vicent M, Rodríguez-Peralto JL, Piris MA, et al. [Plasmablastic lymphoma]. *Med Clin (Barc).* 2016;147(9):399-404. doi:10.1016/j.medcli.2016.05.027.

ID - 2511

LINFOMA T HEPATOESPLÊNICO: RELATO DE UMA DOENÇA RARA E DESAFIADORA

RL de Almeida, ABB Costa, AL Copello, AS dos Anjos, BB Wigderowitz, LF Nano, RDS Sgro, TS Band, KPU Turon

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

Introdução: O linfoma T hepatoesplênico (LTH) é uma neoplasia linfoproliferativa rara com pouco mais de 200 casos relatados na literatura. Consiste em uma doença agressiva, mais comum em pacientes jovens e de difícil diagnóstico. Caracteriza-se por envolvimento de fígado, baço e medula óssea, geralmente sem linfadenomegalias periféricas. A resposta a esquemas CHOP-like é ruim, podendo-se considerar esquemas como Hyper CVAD ou outras opções contendo platina, ifosfamida ou citarabina. Após a indução, o transplante de medula óssea alogênico - ou autólogo na ausência de doador disponível - é recomendado como consolidação. O prognóstico é ruim e os pacientes refratários comumente evoluem para progressão de doença e óbito. **Descrição do caso:** Relatamos o caso de G. B. F., um paciente masculino, 34 anos, previamente hígido que evoluiu com quadro arrastado de febre diária, perda ponderal de 20 kg, aumento progressivo do volume abdominal e pancitopenia com evolução de por volta de 2 meses. Inicialmente tratado como pneumonia comunitária, manteve sintomas sendo reavaliado na unidade básica de saúde e evidenciada esplenomegalia volumosa (36 cm em tomografia computadorizada), hepatomegalia e sinais de hipertensão portal. Inicialmente aventada a hipótese de leishmaniose visceral ou de outras doenças linfoproliferativas. O paciente foi transferido para o HUCFF para continuidade da investigação. Realizado aspirado de medula óssea na unidade. A imunofenotipagem da amostra evidenciou 24,1% de células T aberrantes com o seguinte fenotipo: CD3+ cyCD3- CDT+ CD2+ CD33++ Granzima B+ CD56- heterogêneo CD5- CD4- TCRgd+ TCRab- CD57- CD19- MPO- cyCD79A- CD34- CD20- CD10-CD99-, compatível com Linfoma T gamma-delta hepatoesplênico. Paciente foi submetido, então, a 2 ciclos do esquema HyperCVAD. Não apresentou resposta clínica ou laboratorial. Posteriormente, recebeu 1 ciclo de DHAP também sem resposta. Foi submetido a radioterapia esplênica 5 sessões na dose de 1,5 Gy/dia, sem controle da doença. Com piora progressiva da pancitopenia e sintomas compressivos abdominais, optou-se por esplenectomia terapêutica, com objetivo de redução de carga tumoral. No intra-operatório intercorreu com múltiplos episódios hemorrágicos sendo mantido em CTI por 18 dias. Apresentou melhora discreta da pancitopenia mantendo contagem próxima a 20 mil. Recebeu alta para a enfermaria, sendo acordados cuidados proporcionais. O paciente evoluiu a óbito na semana seguinte. **Conclusão:** Este caso ilustra os desafios diagnósticos do LTH, cuja apresentação inicial pode simular infecções ou doenças infiltrativas. A ausência de linfonodomegalias, a esplenomegalia maciça dificultaram o diagnóstico precoce. O LTH tem curso

agressivo, com resposta limitada aos tratamentos convencionais conforme foi observado no caso em questão, mesmo em pacientes submetidos a esquemas não CHOP. A esplenectomia, realizada com mais frequência no passado, atualmente é reservada em casos selecionados principalmente em casos de trombocitopenia, porém no caso em questão não foi eficaz. Espera-se que no futuro os avanços em diagnóstico proporcionem melhores estratégias terapêuticas e possíveis terapias alvo para controle dessa condição rara porém agressiva.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104766>

ID - 635

LINFOMAS CUTÂNEOS DE CÉLULAS T DE ALTO RISCO: O PAPEL DO TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO COMO ESTRATÉGIA DE RESGATE TERAPÊUTICO

LMP Alves^a, IL Santos^b, GFP Gomes^c,
PRC Utsch^a

^a Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de Fora, MG, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA), Juiz de Fora, MG, Brasil

^c Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: Linfomas Cutâneos de Células T (LCCT) são neoplasias não Hodgkin pouco incidentes, marcados pelo acúmulo de células T na pele. A Micose Fungóide (MF) e a Síndrome de Sezary (SS) são subtipos caracterizados por lesões como placas, manchas e tumores, além de eritrodermia, podendo haver acometimento sistêmico de sangue e linfonodos. Podem ser classificados quanto ao estágio clínico pelo sistema TNM ou de I a IVB, sendo este último a forma mais grave. O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas Alogênico (Alo-TCTH) se apresenta como terapia alternativa para tratamento de LCCT em estágios avançados ou refratários. **Objetivos:** Analisar, através de revisão da literatura, a estratégia de utilização da terapia de Alo-TCTH nos LCCT avançados. **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa, com pesquisa nas bases de dados PubMed e LILACS, de trabalhos publicados nos últimos 5 anos. Foram utilizados os descritores “Cutaneous T cell lymphomas”, “Allogeneic stem cell transplant” e “therapy”. Incluídos estudos na íntegra, ensaios clínicos, relatos de caso, meta-análises e revisões de acordo com o tema do estudo. Os critérios de exclusão foram artigos não disponíveis gratuitamente, língua diversa do inglês, estudos em animais e com tema divergente da proposta. **Discussão e conclusão:** Dezenove artigos foram identificados e, após triagem, 6 foram selecionados. Os LCCT com diagnóstico precoce podem ser tratados com imunoterapia, radioterapia, quimioterapia, fototerapia e entre outros, porém, em estágios mais avançados ou refratários da doença, o Alo-TCTH se mostra uma opção plausível, tendo em vista ser o único tratamento curativo. Pacientes nos estágios IIB a IV que respondem à quimioterapia de resgate podem ser elegíveis ao transplante, com possibilidade de remissão e

sobrevida livre de progressão de 26% em 5 anos. O Alo-TCTH é feito com regimes de condicionamento de intensidade reduzida e células-tronco do sangue periférico. Recidivas podem ser tratadas com terapias como feixe de elétrons de pele total, que é uma importante estratégia preparatória em MF e SS. Entretanto, é fundamental considerar o aumento da morbimortalidade associado às potenciais complicações do Alo-TCTH, como a Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro e a recidiva do LCCT após o transplante. Apesar dos riscos, o Alo-TCTH representa uma alternativa terapêutica relevante para estágios avançados ou refratários do LCCT, principalmente por ser, até o momento, a única abordagem potencialmente curativa. Sua indicação deve ser individualizada, considerando-se o estado clínico do paciente e a resposta prévia ao tratamento. Novos estudos mais amplos com maior tempo de follow-up são necessários para refinar os critérios de elegibilidade e otimizar os resultados clínicos dessa intervenção promissora.

Referências:

Morgenroth S, Beyer M, Zettl H, Meiss F, Sander C, Assaf C, et al. What is new in cutaneous T cell lymphoma? *Curr Oncol Rep.* 2023;25(11):1397-408. doi:10.1007/s11912-023-01492-0.

Latzka J, Quaglini P, Stadler R, Bagot M, Ortiz-Romero PL, Dummer R, et al. EORTC consensus recommendations for the treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome – update 2023. *Eur J Cancer.* 2023;195:113343. doi:10.1016/j.ejca.2023.113343.

Lechowicz MJ, Kim SJ, Ishida T, Tsukasaki K, Foss FM, Querfeld C, et al. Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation after mogamulizumab in T-cell lymphoma patients: a retrospective analysis. *Int J Hematol.* 2024;119(6):736-44. doi:10.1007/s12185-024-03726-6.

Stranzenbach R. How do we treat cutaneous T-cell lymphoma? *Ital J Dermatol Venereol.* 2021;156(5):-. doi:10.23736/S2784-8671.21.07268-0.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104767>

ID - 140

LONG-TERM OUTCOMES, SURVIVAL PREDICTORS AND UP-FRONT TREATMENT PATTERNS IN 568 ELDERLY DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA PATIENTS FROM LATAM: IS R-CHOP STILL THE FIRST CHOICE FOR TREATING PATIENTS OLDER THAN 60 YEARS?

RN de Vita, COO Reichert, HF Culler, ROd Costa, SAC Siqueira, IC Soares, V Rocha, J Pereira, LAPC Lage

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), the most common non-Hodgkin lymphoma subtype, mainly affects those over 60. Elderly patients show high-risk features, EBV infection, chemoresistance, lower drug tolerability, and poorer outcomes. Excluding new chemo-free treatments, cornerstone of elderly DLBCL is immunochemotherapy based on