

Referências:

1. Van Doorn R, Slieker RC, Boonk SE, Zoutman WH, Goeman JJ, van Kester MS, et al. Global DNA methylation patterns in Sézary syndrome. *J Invest Dermatol*. 2016;136(6):1211-20. doi:10.1016/j.jid.2016.02.812.
2. Van Doorn R, Slieker RC, Boonk SE, Zoutman WH, Goeman JJ, van Kester MS, et al. Epigenomic analysis of Sézary syndrome defines patterns of aberrant DNA methylation. *J Invest Dermatol*. 2016;136(6):1221-31. doi:10.1016/j.jid.2016.02.809.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104777>

ID - 1437

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS
PACIENTES COM LINFOMA NÃO HODKING
DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B TRATADOS
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO
ERNESTO DE 2010 A 2024**

MLN Manhães, HM Candreva, ACR de Oliveira,
CdP Eccard, SIL Kilgore, LLdSP Domingues,
CG Pessanha, ACdAA Lima, AR Soares,
RLR Baptista

*Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio
de Janeiro, RJ, Brasil*

Introdução: O linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B (LNH DGCB) é o subtipo mais prevalente de LNH e representa 30% dos casos. A doença se manifesta com linfonodomegalias, que podem ser localizadas ou disseminadas, e presença de sintomas B. O tratamento consiste em quimioimunoterapia, com 50 a 60% dos pacientes evoluindo para cura. **Objetivos:** Analisar o perfil clínico-epidemiológico e de resposta ao tratamento de uma coorte de pacientes com LNHDGCB tratados no HUPE entre 2010 e 2024. **Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo de pacientes com LNHDGCB acompanhados no HUPE de 2010 a 2024. Coleta de dados de prontuários. Analisadas características demográficas, clínicas e de tratamento por estatística descritiva. Estimadas sobrevida global (SG) e sobrevida livre de evento (SLE) pelo método de Kaplan-Meier. **Resultados:** Avaliados 110 pacientes com LNHDGCB. Idade mediana de 64 anos. 65 pacientes (59%) apresentavam doença avançada, 35 (34,31%) massa bulky, 64 (62,13%) sintomas B e 50 (56,1%) R-IPi de bom prognóstico. 95 pacientes (88%) foram tratados com R-CHOP. 73 pacientes (68,9%) obtiveram remissão completa, 19 (17,9%) foram refratários ao tratamento e 7 (6,6%) evoluíram com óbito precoce. A SG e a SLE em 5 anos foram de 65,1% e 58,3% respectivamente. **Discussão e conclusão:** Os dados clínicos da coorte evidenciam uma porcentagem maior de pacientes com doença avançada e sintomas B, diferente da literatura internacional, o que pode ser justificado pelo atraso no diagnóstico no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), com consequente diagnóstico em estágios mais avançados e doença mais sintomática. Chama atenção uma alta mortalidade precoce antes do término do tratamento, que pode estar relacionada a doença mais avançada e de maior gravidade ao

diagnóstico. Apesar desse achado, as taxas de SG a longo prazo foram semelhantes, reforçando a eficácia do esquema R-CHOP no tratamento do LNHDGCB. O LNHDGCB apresenta alta taxa de SG em pacientes elegíveis a quimioimunoterapia e o RCHOP é uma terapia eficaz e disponível no SUS. Doença em estágios mais avançados e R-IPi mais elevados podem estar associados ao atraso no diagnóstico e no início do tratamento no contexto SUS, o que sugere a necessidade de políticas públicas que viabilizem o diagnóstico e manejo precoce desses pacientes.

Referências:

Li S, Young KH, Medeiros LJ. Diffuse large B-cell lymphoma. *Pathology*. 2018;50(1):74-87. doi:10.1016/j.pathol.2017.09.006. Epub 2017 Nov 20.

Padala SA, Kallam A. Diffuse large B-cell lymphoma. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Updated 2023 Apr 24.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104778>

ID - 3393

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO LINFOMA NÃO
HODGKIN: UMA ANÁLISE COMPARATIVA**

MLGG Rocha, CGd Silva, MEP Vasconcelos,
LA Arcanjo, AKA Arcanjo, LAL Frota,
EAM Braga, MES Tahim, AAd Vasconcelos,
AMLR Portela

*Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral, CE,
Brasil*

Introdução: O linfoma não Hodgkin (LNH) é um tipo de câncer que tem origem no sistema linfático e engloba mais de 50 subtipos diferentes que se originam nas células brancas do sangue, os linfócitos. Pode se desenvolver em todas as áreas do corpo que possuem tecido linfático e acometer crianças, adolescentes e adultos. Em geral, o LNH é comumente associado ao envelhecimento. **Objetivos:** Compreender o perfil epidemiológico do linfoma não Hodgkin no Brasil e no mundo. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo baseado em dados secundários advindos de duas fontes oficiais: GLOBOCAN 2022 (International Agency for Research on Cancer) e Estimativa 2023 – Incidência de Câncer no Brasil (INCA). Foram extraídas informações sobre número absoluto de casos e óbitos, taxas padronizadas por idade (ASR) e ranking de incidência, considerando ambos os sexos. **Discussão e conclusão:** Mundialmente, o LNH é o 10º tipo de câncer mais incidente, com 553.389 novos casos por ano e taxa padronizada por idade de 5,6/100 mil habitantes. A mortalidade global é de 250.679 óbitos/ano e a prevalência, em 5 anos, é estimada em 1,74 milhão de casos. A maior carga absoluta ocorre na Ásia, seguida por Europa e América do Norte. No Brasil, a doença está entre os 15 cânceres mais frequentes, com aproximadamente 5.126 óbitos anuais. As maiores taxas padronizadas ocorrem no Centro-Oeste (7,63 H; 6,61 M), Sul (7,54 H; 6,28 M) e Sudeste (6,24 H; 5,61 M), enquanto que as menores estão no Norte e Nordeste. Os subtipos mais comuns no mundo permanecem o linfoma difuso de grandes células B e o linfoma folicular. As distinções encontradas no perfil epidemiológico

do LNH espelham a influência conjunta de condições socioeconômicas, ambientais e estruturais. No Brasil, a concentração de taxas maiores nas regiões mais desenvolvidas associam-se, para além dos fatores de risco ambientais e ocupacionais, à maior distribuição de serviços oncológicos, sejam estes relacionados ao tratamento, rastreamento ou diagnóstico. A análise comparativa entre diferentes cenários ressalta a urgência não só de ampliar e qualificar registros populacionais, como também de adequar metodologias de coleta de dados a fim de viabilizar comparações sólidas e fundamentar decisões estratégicas. O LNH apresenta uma perspectiva epidemiológica complexa e um desafio para a saúde pública apresentando distribuição dispar entre regiões. Reconhecer esses aspectos é crucial para refinar estratégias de rastreamento, diagnóstico precoce e alocação efetiva de recursos. Investir na ampliação do monitoramento, do acesso aos serviços especializados e na melhoria de registros é fundamental para diminuir a morbidade e melhorar o cuidado dispensado aos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104779>

ID - 2341

POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATÓRIA CRÔNICA COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA DE LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO: RELATO DE CASO

LLdSP Domingues, MGM Neto, CG Pessanha, JMdo Caldas, LFdB e Azevedo, SIL Kilgore, GBM Szeneszi, PKF Cavalcanti, GdAB Bretas, CdA Leite

Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O linfoma de células do manto (LCM) é um subtipo raro de linfoma não-Hodgkin, representando 5-7% desses linfomas. É mais comum em homens na sexta década de vida. As doenças linfoproliferativas estão associadas a distúrbio do sistema imunológico e podem ocasionar neuropatias imuno-mediadas, como a polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica (CIDP). Apesar da CIDP ser descrita em associação aos linfomas não-Hodgkin, sua relação com linfoma de células do manto é incomum. Esse trabalho tem como objetivo destacar o curso clínico de um paciente com LCM e sua rara associação com CIDP como manifestação paraneoplásica. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 64 anos, com hepatite B controlada, sem outras comorbidades, apresentava parestesia distal no membro inferior esquerdo com 1 ano de evolução, associada à discreta instabilidade de marcha e posterior evolução para parestesia distal em ambos os membros inferiores. Posteriormente, evoluiu com linfonodomegalia generalizada, perda ponderal e esplenomegalia, sendo diagnosticado com linfoma de células do manto, estágio IVB. Biópsia de medula óssea com 10% de infiltração por linfoma não-Hodgkin, com imuno-histoquímica CD20 +, CD5 +, Bcl-2 +, Ciclina D1 +, CD200- e CD10 -. A

imunofenotipagem de sangue periférico, apontava 4,89% de linfócitos B monoclonais, com CD5 fraco, CD20+, CD23 parcial fraco (23,6%) e cadeia lambda+. Na análise do líquido, foram identificados 3% de linfócitos B aberrantes CD19+, CD5 fraco, cadeia lambda+, CD20+, além de dissociação proteinocitológica. Eletroencefalografia com padrão de polineuropatia sensitivo-motora de predomínio distal, mista (axonal + mielínica), acometendo os quatro membros, com predomínio nos membros inferiores, compatível com CIDP. O paciente foi tratado com poliquimioterapia inicialmente com protocolo R-mini-CHOP e proposta de metotrexato intratecal (MTX IT) semanal, além de corticoterapia em dose imunossupressora por 6 semanas seguido de desmame, de acordo com tratamento descrito em literatura médica de CIDP. Ao final do primeiro ciclo de quimioterapia, apresentou episódio de cefaleia intensa e rebaixamento do nível de consciência, sendo evidenciado hematoma subdural (HSD) na tomografia computadorizada de crânio, com abordagem conservadora pela neurocirurgia. Após, paciente evoluiu com melhora clínica gradual sendo retomado esquema de quimioterapia, agora com protocolo R-CHOP. Devido ao HSD, a quimioterapia intratecal foi contraindicada pela neurocirurgia até melhora clínica, sendo feito somente 5 MTX IT. No primeiro ciclo de R-CHOP, apresentou neutropenia febril, indo a óbito aproximadamente 2 meses após o diagnóstico de LCM. **Conclusão:** A CIDP como manifestação associada à LCM é rara, a literatura aponta maior relação com linfoma de células T e linfoma linfoplasmacítico. É importante ressaltar que a manifestação neurológica precedeu em meses aos achados clínicos e diagnóstico do LCM, sendo, por conseguinte, prévio ao início da quimioterapia, excluindo o diagnóstico diferencial de neurotoxicidade pelo tratamento. A ocorrência de CIDP como manifestação paraneoplásica do LCM, embora incomum, deve ser lembrada diante de neuropatias progressivas sem causa aparente, especialmente quando acompanhadas de sinais sistêmicos ou laboratoriais sugestivos de doença linfoproliferativa. O reconhecimento precoce dessa relação pode permitir intervenção onco-hematológica mais célere, com potencial impacto no prognóstico.

Referência:

Grisold W, Grisold A, Marosi C, Briani C. Neuropathies associated with lymphoma. *Neurooncol Pract.* 2015;2(3):167-78. doi: 10.1093/nop/npv020.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104780>

ID - 2318

POST TRANSPLANT LYMPHOPROLIFERATIVE DISORDERS: AN INTERNATIONAL REGISTRY STUDY (THE PLATO STUDY)

NPC Zing^a, T Skrypets^b, Y Stepanishyna^c, R Shotton^d, BMd Gusmão^a, MWd Araújo^a, MA Pinto^a, VOC Rocha^a, R Helman^e, JC Vargas^e, S Rivarola^f, G Stemmelin^f, A Hernandez-Compan^g, L Villela^h, V Milunovicⁱ, V Irigoien^j, AC Oliver^j, P Colunga^k, FK Karadag^l, K Filonenko^m, C Tomuleasaⁿ,