

Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes que faleceram em decorrência da leucemia linfoblástica aguda (LLA) no Brasil entre 2014 e 2023. **Materiais e métodos:** Estudo ecológico observacional em que se utilizou uma análise de série temporal. A revisão foi realizada em uma base de dados de domínio público, utilizando o sistema Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT), abrangendo o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2023. Para analisar os óbitos decorrentes da leucemia linfoblástica aguda (CID 10: C91) foram avaliadas as seguintes variáveis: número de óbitos por LLA, região geográfica de ocorrência, grupo etário, raça e sexo. Todos os dados foram armazenados em uma planilha Excel e as descrições das variáveis foram realizadas por meio da análise de frequências absolutas e relativas. **Resultados:** No Brasil, entre 2014 e 2023, foram registrados 10.301 óbitos por LLA, com média de 1.030,1 óbitos por ano, mantendo-se sempre em uma mesma faixa de valor, com diferença de porcentagem máxima de 12,52% entre os anos em relação ao valor médio anual. Os anos de 2020 e 2021 foram os anos com menor número de óbitos, com diminuição de 13,12% em relação aos dois anos anteriores. Observando o total de óbitos, 55,49% (n = 5.716) eram do sexo masculino e 44,51% do sexo feminino (n = 4.585). Considerando as faixas etárias, os indivíduos mais afetados eram crianças, adolescentes e jovens adultos, com pico na faixa etária de 20 a 29 anos, com 13,37% (n = 1.378) e seguidos pela de 5 a 9 anos, com 11,29% (n = 1.163). Ademais, as faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos agrupam porcentagem significativas de óbitos, com 10,41% (n = 1.073) e 10,26% (n = 1.057), respectivamente. Sobre cor, 50,69% dos óbitos (n = 5.222) ocorreram em pacientes brancos, seguidos por 38,84% (n = 4.001) em pardos e 5,45% (n = 562) em pretos. Em relação à região, o Sudeste apresentou a maior taxa de óbitos, com 40,02% (n = 4.123), seguido pelo Nordeste, com 25,55% (n = 2.632), e pelo Sul, com 15,14% (n = 1.560). As regiões Norte e Centro-Oeste foram responsáveis por 19,27% das mortes (n = 1.986). Em relação ao total de neoplasias malignas declaradas ou presumidas como primárias dos tecidos linfáticos, hematopoético e tecidos correlatos, a LLA representou 6,66% dos óbitos no período avaliado. **Discussão:** A análise detalhada do perfil dos óbitos por LLA na última década revela informações significativas sobre as características epidemiológicas dos pacientes que falecem devido a essa patologia. Nota-se pouca alteração no número de óbitos durante este período, embora isso não necessariamente corresponda a um decréscimo na taxa de mortalidade. A pandemia de COVID-19 parece ter impactado o número de óbitos, principalmente comparando com o período anterior a ela. A LLA parece ter uma distribuição com maior número de óbitos ainda na infância ou na juventude, o que demonstra maior risco para essa faixa etária. Além disso, observou-se uma predominância significativa entre os pacientes do sexo masculino. Geograficamente, a região Sudeste do país concentra a maioria dos casos, refletindo a maior densidade populacional existente nessa área. **Conclusão:** Portanto, os óbitos destacam a urgência de diagnósticos precoces e de avanços terapêuticos que são essenciais para reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com leucemia linfoblástica aguda.

RELAÇÃO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL COM O PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA EM TRATAMENTO COM INIBIDORES DE TIROSINA QUINASE

LA Antunes^a, JDDS Goveia^b, E Miranda^b,
G Duarte^b, G Duffles^b, KBB Pagnano^{a,b}

^a Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(PUC-CAMPINAS), Campinas, SP, Brasil

^b Centro de Hematologia e Hemoterapia
(HEMOCENTRO), Universidade Estadual de
Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Avaliar a relação do Índice de Massa Corporal (IMC) com o prognóstico de pacientes com leucemia mieloide crônica (LMC) em tratamento com inibidores de tirosina quinase (ITQ). **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo, observacional. Foram avaliados pacientes de um único centro, maiores de 18 anos com diagnóstico de LMC em FC entre 2015 e 2022 tratados com imatinibe em primeira linha. Realizado levantamento de dados obtidos de registro e prontuários médicos. **Resultados:** Foram avaliados 135 pacientes com mediana de idade ao diagnóstico de 53 anos (17-83), 50,4% mulheres. 60,7%, Sokal baixo risco, 33,3% intermediário, 25,9% alto risco, 17% não avaliável. A mediana do IMC foi 26,1 (17-43). Os dados nutricionais mostram que 34,8% dos pacientes têm peso normal (IMC 18,5-24,9), 34,8% apresentam sobrepeso (IMC 25,0-29,9), 13,3% têm obesidade Grau 1 (IMC 30,0-34,9) e 3,0% têm obesidade Grau 2 (IMC > 35,0). ²ASG da população total de aos 60 e 89 meses foi 83% e 70%, respectivamente e de acordo com IMC foi de 97%, 87% e 86% nos pacientes com peso normal, sobrepeso e obesos respectivamente (P = 0.72). A sobrevida livre de progressão foi 96%, 89%, 81% nos pacientes com peso normal, sobrepeso e obesos respectivamente (P = 0.44). Não houve correlação entre IMC, sexo e Sokal. Na situação atual dos pacientes em seguimento, 76 alcançaram resposta molecular maior ou mais profunda. Houve 21 óbitos, (15%), 15 não relacionados à LMC; 11 casos perderam seguimento. **Discussão:** Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE de 2019, cerca de 60,3% da população brasileira adulta apresentava excesso de peso (IMC > 25) e 25,9% obesos (IMC > 30). Além disso, o número de pessoas com obesidade grave (IMC > 35) tem aumentado, atingindo 4,07% da população em 2022. Em comparação, os dados do presente estudo indicam que 34,8% dos pacientes com LMC estão com sobrepeso ao diagnóstico (IMC 25,0-29,9), e 16,3% estão obesos (IMC > 30), considerando a obesidade Grau 1 e Grau 2. O perfil nutricional entre pacientes com LMC corrobora a tendência observada na população geral brasileira, mas com uma prevalência maior de sobrepeso. Do total de óbitos, 71,4% não foi relacionado diretamente à LMC, o que sugere a presença de comorbidades ou outras complicações clínicas que diminuem a sobrevida. **Conclusão:** Não houve diferença significativa nas SG e SLP de acordo com a estratificação pelo IMC, mas os pacientes com sobrepeso e obesidade tiveram uma menor taxa de sobrevida. Considerando que atualmente a maior sobrevida dos pacientes com LMC e que a maioria dos óbitos não são relacionados à doença, o controle da síndrome metabólica e das

comorbidades é fundamental nos pacientes de LMC, principalmente nos casos em uso de nilotinibe e ponatinibe, que apresentam maior risco de eventos cardiovasculares e arteriais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1901>

ACOMETIMENTO PULMONAR NO LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B: RELATO DE CASO

BO Ambrósio^a, RDM Blanco^a, AM Cunha^a, LS Praxedes^a, LMK Ogata^a, AB Requena^a, JSR Oliveira^b, MSS Almeida^{a,b}

^a Faculdade Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Devido à menor incidência do acometimento do tecido pulmonar no Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGCB) e a diversidade de diagnósticos diferenciais propostos diante deste quadro inespecífico e achados radiológicos semelhantes entre as patologias difusas do parênquima pulmonar no paciente imunossuprimido, o objetivo do estudo foi relatar um caso de LNHDGCB com acometimento pulmonar ao diagnóstico, assim como revisão da literatura com principais diagnósticos diferenciais. **Método:** Trata-se de relato de caso com manifestações pulmonares relacionadas ao LNHDGCB acompanhado pela equipe de hematologia no HSM. **Descrição do caso:** Paciente sexo feminino, 68 anos, com antecedentes de hepatite B, hipertensão arterial, diabetes mellitus com complicações macrovasculares (IAM e AVCi) e diagnóstico recente LNHDGCB em biópsia de linfonodo. Foi admitida em PS após ciclo1 de quimioterapia, referindo mal-estar, febre e dor torácica. Na admissão, a radiografia de tórax evidenciou área de consolidação em base pulmonar direita e os exames laboratoriais apresentavam leucocitose com elevação de marcadores inflamatórios, sendo descartado infarto agudo do miocárdio com eletrocardiograma e troponina sérica. Devido à imunossupressão e suspeita de infecção pulmonar, optado por internação hospitalar para início de antibioticoterapia, porém sem melhora clínica após 72 horas. Na reavaliação, surgiram opacidades pulmonares algodonosas mal delimitadas bilaterais no Rx e múltiplos focos de consolidação em vidro fosco no parênquima pulmonar com espessamentos septais e pequeno derrame pleural à esquerda com atelectasia pulmonar adjacente na TC tórax. Broncoscopia com LBA obteve resultados negativos para rastreios infecciosos. Após término da antibioticoterapia, manteve picos febris diários e necessidade de oxigenioterapia. Diante disso, aventadas outras hipóteses diagnósticas como bronquiolite obliterante com pneumonia em organização, pneumonia fúngica ou infiltração pulmonar relacionado ao LNH. Foi iniciado tratamento empírico com anfotericina e prednisona, além da realização de biópsia das lesões para melhor definição diagnóstica. A paciente evoluiu com melhora clínica e a biópsia confirmou infiltração pelo LNHDGCB em tecido pulmonar. Realizado programação de continuidade da quimioterapia, porém paciente evoluiu com queda do estado geral, diarreia e febre com suspeita de seps.

Reiniciado antibioticoterapia com evolução para óbito durante internação. **Discussão:** O diagnóstico final de acometimento pulmonar secundário ao linfoma em paciente com imunossupressão durante a quimioterapia, idade avançada e outras comorbidades é desafiador e requer profunda avaliação clínica e investigação, pois apresentam achados semelhantes às outras afecções pulmonares. Dentre os padrões de imagem podem ser encontradas consolidações, broncograma aéreo, opacidades em vidro fosco, nódulos e derrame pleural, achados presentes em outras afecções, como a BOOP, pneumonias fúngicas ou bacterianas. **Conclusão:** Devido aos vários diagnósticos diferenciais, a avaliação inicial de pacientes com LNH associado a febre e achados pulmonares deve incluir exames laboratoriais e radiológicos. Na persistência dos sintomas, a realização de métodos invasivos deve ser considerada. Em casos complexos e refratários ao tratamento inicial, a agilidade na realização da biópsia pulmonar pode modificar as condutas terapêuticas com melhores resultados no tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1902>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DISTRIBUIÇÃO DE MIELOMA NAS REGIÕES BRASILEIRAS DE ENTRE OS ANOS DE 2013 A 2024

DS Medeiros, LGFB Lima, MHF Nascimento

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico do Mieloma Múltiplo no Brasil no período de 2013 a 2024, por meio da análise de parâmetros disponibilizados pela plataforma virtual TabNet, disponibilizado no Painel Oncologia. Essa análise pode ter como desfecho o melhor alocamento de recursos para o enfrentamento dessa enfermidade. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, retrospectivo e analítico que examina a distribuição dos casos de Mieloma Múltiplo no Brasil. A avaliação foi baseada em parâmetros como tempo de tratamento, distribuição por região, número de casos por sexo e faixa etária, utilizando a plataforma TabNet, uma ferramenta desenvolvida pelo DATASUS para tabulação de informações a partir dos dados do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram analisados dados de 36.307 pacientes diagnosticados com Mieloma Múltiplo no período de janeiro de 2013 a julho de 2024. **Resultados:** No últimos onze anos no Brasil foram contabilizados 36.307 novos casos de mieloma múltiplo, sendo o ano de 2022 aquele com maior número de novos casos, somando 4.597 pacientes atingidos por essa enfermidade durante esse ano. Quando se faz a divisão entre as regiões do País, o sudeste apresenta o maior número de novos casos entre os últimos onze anos, chegando a um total de 17.248 casos. Em seguida, a região nordeste aparece logo atrás, com um total de 8.418 diagnósticos, depois a região Sul (6.653), seguida do Centro Oeste (2.602), por último o Norte do país (1.376). Até julho de 2024, foram contabilizados 1.045 novos casos, sendo predominante, novamente, na região sudeste com 487 novos diagnósticos. Acerca da distribuição entre os sexos, a doença prevalece