

apresentavam funcionalidade preservada (ECOG 0). Sete pacientes (58%) se encontravam no estágio IV de Ann Arbor. O Escore Prognóstico Internacional variou entre 1-4, com mediana de 2, sendo 83,4% entre 0-2 e 16,6% maiores ou iguais a 3. Cinco pacientes apresentaram neutropenia febril (NF), a maioria ocorrendo no 2º ciclo. Nenhum caso de neuropatia periférica foi observado. Quanto às toxicidades hematológicas, 6 pacientes apresentaram anemia e 8 desenvolveram plaquetopenia, sendo que a maioria foi de graus 1 ou 2 (4 das anemias e 4 das plaquetopenias), com maior frequência no 3º ciclo, quando 5 pacientes apresentaram anemia e plaquetopenia. Houve apenas um registro de plaquetopenia grau 4; não houve anemia grau 4. Um paciente apresentou toxicidade grave (anemia grau 3 e plaquetopenia grau 4) ao longo dos 4 ciclos. Dois pacientes necessitaram de ajuste na dose do esquema. Não houve necessidade de atrasos nos ciclos em nenhum pacientes. Embora 3 dos 12 pacientes ainda se encontrem em tratamento, todos os demais apresentaram resposta completa (RC) ao final do tratamento. Um dos pacientes recebeu o HD21 após refratariedade ao ABVD, obtendo resultados igualmente satisfatórios. **Discussão e conclusão:** Apesar do tamanho limitado, os dados preliminares desta coorte de vida real sugerem que o BrECADD apresenta boa tolerabilidade, com baixa incidência de NF, citopenias graves e ausência da necessidade de suspensão do protocolo. A necessidade de ajuste de dose se assemelhou ao apresentado no HD21. Embora 66,7% dos pacientes tenham apresentado EA hematológicos, estes não se refletiram em necessidade de ajuste de dose ou interrupção do esquema. Logo, a baixa toxicidade observada com o BrECADD, somada a alta taxa de RC, reforça o seu potencial como opção promissora no manejo do LH avançado. Além disso, trabalhos mostraram ganho em taxa de fertilidade com o BrECADD em relação ao BEACOPP, assim como maior segurança na população geriátrica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104684>

ID - 2768

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E PROGNÓSTICAS DA HIPERBILIRRUBINEMIA AO DIAGNÓSTICO NO LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO

JG Fragoso, M Dória, M Atanázio, FM Santos, R Velásquez, AC Arrais, V Rocha, L Otuyama, V Bucherri, J Santos

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A hiperbilirrubinemia é uma manifestação incomum no linfoma de Hodgkin clássico (LHc), associada a causas como hemólise, hemofagocitose, obstrução biliar e síndrome dos ductos evanescentes. Sua presença impõe desafios terapêuticos, pois a disfunção hepática pode potencializar a toxicidade de quimioterápicos metabolizados no fígado, demandando ajustes de dose baseados nos níveis séricos de bilirrubina e/ou transaminases. A escassez de dados sobre o manejo e o prognóstico desses pacientes torna seu tratamento um desafio clínico e reforça a importância de novas investigações. **Objetivos:** Descrever as características clínico-

laboratoriais, a evolução laboratorial e o perfil de toxicidade durante o tratamento de pacientes com LHc e hiperbilirrubinemia ao diagnóstico. Como objetivo secundário, propõe-se comparar a sobrevida global (SG) e a sobrevida livre de progressão (SLP) com pacientes sem hiperbilirrubinemia. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma coorte retrospectiva unicêntrica (HC-FMUSP/ICESP) incluindo pacientes >16 anos, diagnóstico de LHc, bilirrubina total (BT) $\geq 1,2$ mg/dL ao diagnóstico - sendo bilirrubina direta > indireta, tratados com protocolo ABVD e BEACOPP em primeira linha entre 2010 e 2020 (grupo H). O grupo controle (grupo C) foi selecionado por escore de propensão (ajustado para IPS, ECOG e estadiamento) a partir do registro de LH do ICESP no mesmo período. Foram coletados dados clínicos e laboratoriais, doses de doxorubicina utilizadas e cinética de decaimento da bilirrubina. Toxicidades foram graduadas pelo CTCAE v5.0 e avaliadas por ciclo. SG e SLP foram estimadas por Kaplan-Meier e comparadas pelo teste de log-rank. Foi realizada análise de riscos proporcionais de Cox para avaliar o impacto de fatores prognósticos, incluindo IPS, estadiamento, ECOG e níveis de bilirrubina em relação a SG e SLP. **Resultados:** Foram analisados 56 pacientes no grupo H (mediana da bilirrubina total: 4,0 mg/dL; IQ 2–8) e 142 no grupo C. A principal causa de hiperbilirrubinemia foi infiltração hepática (55%), seguida por causa indeterminadas (29%) e hemofagocitose (14%). O grupo H apresentou maior proporção de homens, pacientes HIV+, e casos de anemia, leucopenia ou linfopenia ao diagnóstico quando comparado ao grupo C. Entre 48 pacientes avaliados para dose de doxorubicina e toxicidade, 16 receberam ajuste conforme bula e 32 receberam doses acima do recomendado em pelo menos um ciclo. Doses acima do preconizado associaram-se a maior necessidade transfusional no primeiro ciclo, sem aumento de neutropenia, infecção ou hepatotoxicidade. As taxas de resposta ao tratamento foram semelhantes entre os grupos (H: 81%; C: 83%), assim como a SG ($p = 0,097$), porém a SLP foi inferior no grupo H ($p = 0,007$). **Discussão e conclusão:** A administração inicial de doxorubicina em doses superiores às recomendadas em bula, embora associada a maior necessidade transfusional, demonstrou segurança nesta coorte. Apesar de não ter sido observado aumento na mortalidade, é essencial manter monitoramento rigoroso em pacientes com disfunção hepática no diagnóstico. Estudos futuros são necessários para esclarecer melhor o impacto prognóstico da hiperbilirrubinemia na sobrevida livre de progressão e para definir estratégias terapêuticas padronizadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104685>

ID - 501

NEFROPATIA IMUNE RELACIONADA A INIBIDOR DE PD1 NO TRATAMENTO DO LINFOMA DE HODGKIN

GM de Sales Sardinha, AC de Azevedo Araújo Lima, FM Nucci, RL Rafael Baptista, RC Araujo, CF Melloni Silva, F Martini

Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O tratamento do LH recaído e refratário após transplante autólogo de medula óssea é um desafio. A única opção curativa é o transplante alogênico de medula óssea, mas os pacientes podem ser tratados com inibidor de PD1 e cerca de 40% dos pacientes que atingem remissão completa apresentarão controle de doença a longo prazo. Os inibidores de PD1 atuam bloqueando a interação entre a proteína PDL-1 (programmed death-ligand 1) e o receptor PD-1 em células T, permitindo que o sistema imunológico reconheça e ataque as células tumorais. Apesar de geralmente serem melhor tolerados do que a quimioterapia tradicional, podem causar efeitos adversos relacionados à ativação exagerada do sistema imune e qualquer órgão pode ser acometido. **Descrição do caso:** Paciente, 30 anos, com diagnóstico de LH esclerose nodular em 2015 submetido a 6 ciclos de ABVD com resposta completa. Primeira recaída em 2017, submetido a 3 ciclos de ICE, com resposta completa e consolidação com TCTH autólogo. Segunda recaída em março de 2020 submetido a 4 ciclos de brentuximab com resposta parcial, sem doadores aparentados para ser submetido a TCTH alogênico de medula óssea. Progressão em outubro de 2023 sendo iniciado tratamento com pembrolizumab em 24/02/2024. Evoluiu com insuficiência renal aguda grau 4 após 3º ciclo, necessitando internação em 25/04/2024. Biopsia renal demonstrando glomerulonefrite associada ao pembrolizumab, sendo tratado com pulso de metilprednisolona e suspensão do pembrolizumab, com melhora da função renal com retorno a grau 2. Paciente teve alta hospitalar e foi realizado desmame lento de corticoide em 6 semanas mantendo boa resposta renal. O PET CT após os 3 ciclos evidenciou resposta parcial, mas com a suspensão da terapia houve progressão de doença com obstrução renal tumoral, piora da função renal e indicação de hemodiálise. Foi reintroduzido o pembrolizumabe em 08/05/2025 e paciente segue em tratamento com boa resposta clínica. **Conclusão:** O acometimento renal relacionado ao pembrolizumabe é raro, acontece em 2-5% casos e de início variável, geralmente após 12 a 48 semanas de tratamento. Geralmente se manifesta com nefrite intersticial aguda, sendo menos comum a glomerulonefrite (doença por IgA, GESF e nefropatia membranosa) que foi o caso do nosso paciente. Os pacientes podem ser assintomáticos ou apresentar hematúria e proteinúria leves, e a disfunção renal pode ser grave e progressiva com necessidade de hemodiálise. O diagnóstico diferencial se dá com drogas nefrotóxicas, progressão de doença e infecção sendo essencial o diagnóstico rápido e tratamento adequado com redução de dose ou suspensão da terapia e instituição de corticoterapia conforme o caso acima.

Referências:

- Merck Sharp & Dohme LLC. Keytruda (pembrolizumab) injection, prescribing information. Rahway, NJ; Jun 2025.
- Eichenauer DA, Engert A, André M, Federico M, Illidge T, Hutchings M, et al. Controversies in the treatment of classical Hodgkin lymphoma. *HemaSphere*. 2018;2(5):e149. doi:10.1097/HS9.0000000000000149.
- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Hodgkin Lymphoma. Version 3.2024. Published Mar 18, 2024. Accessed Sep 5, 2024. Available from: <https://www.nccn.org/>

- Robert C, Soria JC, Eggermont AM. Drug of the year: programmed death-1 receptor/programmed death-1 ligand-1 receptor monoclonal antibodies. *Eur J Cancer*. 2013;49(14):2968-71. doi:10.1016/j.ejca.2013.07.020.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104686>

ID - 3121

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LINFOMA DE HODGKIN NO NORDESTE ENTRE 2020 E 2024 (DATASUS)

LC Tavares, GS Nobre, LD Duarte, LA de Moraes, MA Simões, MES de Oliveira, BB Cunha, KS Henrique, VS Tessaro, EG Martins

Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia hematológica caracterizado pela proliferação clonal de células B anormais. A epidemiologia do LH varia entre regiões e populações, sendo influenciada por fatores genéticos, ambientais e socioeconômicos. A análise dos dados populacionais é fundamental para identificar padrões temporais, distribuições etárias e sexuais, informações essas essenciais para orientar políticas de saúde e estratégias de diagnóstico precoce. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico dos casos de linfoma de Hodgkin registrados na região Nordeste do Brasil entre 2020 e 2024. **Material e métodos:** Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo e descritivo, utilizando dados do Painel Oncológico do DATASUS (TABNET) referentes aos casos de linfoma de Hodgkin registrados na região Nordeste entre 2020 e 2024. Foram incluídos apenas casos confirmados segundo critérios diagnósticos padronizados. As variáveis analisadas compreenderam ano de diagnóstico, faixa etária (agrupada em intervalos regulares) e sexo (masculino e feminino). Os dados foram organizados e tabulados para análise estatística descritiva. **Resultados:** Entre os anos de 2020 e 2024, foram registrados 2.655 casos de pacientes diagnosticados com linfoma de Hodgkin na região analisada. Observou-se uma média anual aproximada de 531 casos, com discreta variação ao longo do período, sendo o mínimo de 497 casos em 2021 e máximo de 571 casos em 2023. Quanto à distribuição por faixa etária, o maior número de casos concentrou-se no grupo de 0 a 19 anos, totalizando 594 casos (22,4%). Em seguida, destacou-se a faixa de 20 a 24 anos com 402 casos (15,1%), e a de 25 a 29 anos com 326 casos (12,3%). A partir dos 50 anos, o número de diagnósticos apresentou declínio progressivo, sendo o menor registro entre indivíduos com 80 anos ou mais (17 casos; 0,6%). Na análise por sexo, houve discreto predomínio do sexo masculino, com 1.376 casos (51,8%), em comparação a 1.279 casos (48,2%) no sexo feminino. Essa diferença foi relativamente constante em todos os anos avaliados. **Discussão:** Os resultados analisados mostram que o linfoma de Hodgkin (LH), na região estudada, possui uma incidência relativamente estável, estando em acordo com dados epidemiológicos de outros estudos sobre LH, que mostram incidência constante ao longo de períodos curtos, embora