

- HD10, and HD11 trials. *J Clin Oncol.* 2017;35(18):1999-2007. doi:10.1200/JCO.2016.71.5225.
2. Chen R, Zinzani PL, Fanale MA, Armand P, Johnson NA, Brice P, et al. Phase II study of the efficacy and safety of pembrolizumab for relapsed/refractory classic Hodgkin lymphoma. *J Clin Oncol.* 2017;35(19):2125-32. doi:10.1200/JCO.2016.72.1316.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104690>

ID - 2126

RESULTADOS DE VIDA REAL DO TRATAMENTO COM ABVD EM LINFOMA DE HODGKIN AVANÇADO: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 24 ANOS EM UM CENTRO PÚBLICO BRASILEIRO

JF Campos, T Silveira, S Fortier, J Sobreira, MF Passolongo, D Fujimoto, GLC Rosa, MM Bandeira, LB Brito, JLAL Souza, ACP Veronez, ACR Ribeiro

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia linfoproliferativa caracterizada por alta taxa de cura, especialmente em estágios iniciais, mas os casos avançados (Ann Arbor III e IV) apresentam maior risco de refratariedade e recidiva. O protocolo de tratamento ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina) é uma alternativa de tratamento amplamente utilizada nos casos de LH em estadiamento avançado, com taxas de resposta completa (RC) variando entre 60% e 80% na literatura. **Objetivos:** Este estudo retrospectivo avalia características clínicas, resposta terapêutica e desfechos de pacientes com LH avançado tratados com ABVD em um centro de referência brasileiro do serviço público de saúde. **Material e métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva de dados coletados em prontuário eletrônico do nosso centro incluindo pacientes com diagnóstico de LH (2001- 2024), a partir de 14 anos, em estágios III e IV, tratados com ABVD. As variáveis analisadas incluíram dados demográficos, estadiamento, presença de massa bulky, invasão de medula óssea, níveis de DHL, contagem leucocitária e linfocitária, status sorológico para HIV, tratamento radioterápico adjuvante, resposta interina e final, recidiva e óbito. **Resultados:** Foram avaliados 162 pacientes, sendo 56,8% (92 casos) do sexo masculino, com mediana de idade de 47 anos (14 - 80 anos). A avaliação prognóstica foi baseada no Índice Prognóstico Internacional (IPI), portanto em relação ao estadiamento clínico de Ann Arbor, IV foi mais frequente que ao III (58,0% vs. 42,0%), a presença de doença bulky esteve presente em 25,9% (n = 42) dos casos e invasão de medula óssea em 24,1% (n = 39). Já em relação às alterações encontradas inicialmente no hemograma, leucocitose $>15.000/\text{mm}^3$ esteve presente em 16,1% enquanto linfopenia ($< 600/\text{mm}^3$) em 13,6%. Infecção pelo HIV foi detectada em apenas 3,09% dos casos. A desidrogenase láctica (DHL) encontrou-se elevada em 84,6% dos pacientes atingindo valor médio de 578 U/L. Em relação a presença de radioterapia adjuvante no tratamento

do LH avançado observamos 32 casos (19,75%). Na avaliação interina, a taxa de RC foi de 25,31% (n = 41), de resposta parcial (RP) de 16,67% (n = 27) e de refratariedade de 3,09 %, com 55% dos pacientes sem relato desta avaliação. Na avaliação final, a RC foi observada em 58,0% (n = 77), a presença de refratariedade em 4,9% e RP em 4,9% (n = 8); não foram encontrados dados de avaliação de resposta ao fim do tratamento em 32,1% dos casos. Houve registro de recidiva em 38 pacientes (23,46% do total), dos quais 50% (n = 19) foram submetidos à transplante de medula óssea autólogo. A taxa de óbito geral foi de 22,2%. A sobrevida global (SG) estimada foi de 88,2% em 3 anos e 85,3% em 5 anos; a sobrevida livre de progressão (SLP) foi de 69,1% em 3 anos e 65,4% em 5 anos. **Discussão e conclusão:** Os achados reforçam que, apesar do bom desempenho do ABVD em LH avançado, uma proporção significativa de pacientes apresenta refratariedade ou recidiva, alinhando-se às taxas descritas em estudos internacionais. A alta frequência de bulky, DHL elevado e invasão de medula óssea possivelmente contribuiu para os desfechos observados. Portanto, as taxas de recidiva e mortalidade em subgrupos de alto risco indicam espaço para otimização terapêutica e estratificação prognóstica mais refinada.

Referência:

Armitage JO, Longo DL. Therapy for Hodgkin's Lymphoma — Can It Get Any Better? *N Engl J Med.* 2024;391(15):1452-4. doi: 10.1056/nejme2408724.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104691>

LINFOMA NÃO-HODGKIN

ID - 2601

LINFOMA PLASMABLÁSTICO ALK POSITIVO EM ADOLESCENTE IMUNOCOMPETENTE: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO DE UMA ENTIDADE RARA

LC Brito^a, ALC Gaspar^a, BC Sacchi^a, LLASM Correia^a, G Pedroni^a, GA Lioila^a, IA Campinas^b, LO Cantadori^b, MAC Domingues^a, RD Gaiolla^a

^a Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

^b Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: O Linfoma plasmablástico (PBL) é um subtipo agressivo de linfoma de grandes células B, caracterizado por um fenótipo plasmocitário. Predomina em adultos imunossuprimidos, especialmente HIV positivos, e comumente envolve cavidade oral. Casos em imunocompetentes, especialmente adolescente, são raros. A expressão de ALK, incomum no PBL, acrescenta complexidade diagnóstica e possíveis implicações terapêuticas. **Descrição do caso:** Paciente sexo masculino, 16 anos, previamente hígido, iniciou em julho de 2024, dor no braço esquerdo. Após 6 meses, evoluiu com edema, nodulações subcutâneas em couro cabeludo e linfonodomegalia

axilar esquerda. A ressonância e cintilografia evidenciaram lesão óssea expansiva osteoblástica em diáfise umeral ($22 \times 6,9 \times 6$ cm). Exames complementares: Hb: 13,6 g/dL, Pla: 289 $\times 10^3/\text{mm}^3$, Neutro: $3,1 \times 10^3/\text{mm}^3$, Linfócitos: $930 \times 10^3/\text{mm}^3$, DHL 1.064 U/L (3,8xLSN). Sorologias negativas para HIV, hepatites, sífilis, Chagas e HTLV, dosagens de imunoglobulinas normais. Mielograma revelou infiltração blástica linfoide. Biópsia da lesão umeral confirmou Linfoma Plasmablastico (PBL), com imuno-histoquímica positiva CD138⁺, MUM1⁺, CD45⁺, CD30⁺, PAX5⁺, Ki-67 >95%, cadeia leve kappa restrita, CD20⁻ e ALK positivo, PAX5 fracamente positivo. Negativo para TdT, CD3, LMP-1. Iniciado DA-EPOCH; a partir do 2º ciclo, foi incorporado bortezomibe (V-EPOCH), baseado em estudos com evidência de benefício da combinação mesmo em pacientes HIV negativos. O paciente necessitou de internação por neutropenia febril no primeiro ciclo, mas prosseguiu com boa tolerância clínica. **Discussão:** Este relato destaca a apresentação inusitada de PBL em um adolescente imuno-competente com lesão óssea extensa e fenótipo ALK⁺, reforçando a importância do diagnóstico diferencial com mieloma e outras neoplasias de células B. O uso precoce de terapias baseadas em bortezomibe pode representar estratégia promissora, dada a expressão de marcadores plasmocitários e alta taxa proliferativa⁴. **Conclusão:** Este é, até onde sabemos, um dos raríssimos relatos de PBL ALK⁺ em paciente jovem e HIV-negativo, com envolvimento ósseo primário. O caso ilustra a complexidade diagnóstica e terapêutica da doença, e reforça a necessidade de individualização do tratamento em contextos não clássicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104692>

ID - 2633

NEOPLASIA LINFOPROLIFERATIVA T CD8+ APÓS TRATAMENTO DE LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B

E Kososki, J Oliveira Nielson, E Tamie Saito, F Ferreira Camargo, AB Dias Manduca, MJ Freitas de Souza Junior, M Santos Pastori, DA Goldman Eguez, LdL Martins Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini (HTEJZ), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Os linfomas T periféricos constituem um grupo heterogêneo de neoplasias linfoproliferativas com apresentações clínicas diversas. Entre eles, incluem-se os linfomas de células T cutâneos, linfomas de células T angioimunoblásticos — nos quais manifestações autoimunes são características — e a leucemia de células T grandes granulares (T-LGL), marcada por neutropenia persistente, ausência de linfocitose e predisposição a infecções recorrentes. A heterogeneidade clínica e imunofenotípica destes tumores representa desafio diagnóstico e terapêutico. **Descrição do caso:** Homem, 51 anos, casado, natural de Alagoas, residente em São Paulo há 38 anos, previamente hígido. Em julho de 2020, apresentou aumento de tonsila direita associado a disfagia progressiva para sólidos e perda ponderal de 5 kg em dois

meses. A biópsia de tonsila foi detectada infiltração por linfócitos sugestivos de Linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), com padrão imunohistoquímico CD20⁺, CD10⁺, BCL6⁺, CD3⁻ e CD30⁻. Já na biópsia de medula óssea (BMO), evidenciou infiltração por clone de linfócitos pequenos com clonalidade T CD8⁺ (CD3⁺, CD5⁺, CD8⁺, CD20⁺ focal, TDT⁻, PAX5⁻). Foram realizados 6 ciclos de quimioterapia (R-CHOP), com resposta metabólica completa ao término do tratamento, confirmada por PET-CT. Apesar disso, manteve infecções de repetição, com duas internações por pneumonia bacteriana complicada em 2022. Em 2024, apresentou neutropenia e plaquetopenia moderadas, realizou BMO com imunofenotipagem idêntica ao diagnóstico inicial, com clonalidade T CD8⁺, TCRβ1 e TCRαβ. Apesar da morfologia e imunofenotipagem não serem típicas para T-LGL, iniciou-se metotrexato semanal em baixa dose devido à piora da neutropenia (<500 neutrófilos/mm³) e ocorrência de infecção grave por herpes zoster com comprometimento do nervo ulnar direito e déficit motor importante no membro superior direito. Visto ausência de melhora hematológica, o tratamento foi suspenso e o paciente segue em acompanhamento ambulatorial, em observação clínica. Entre os diagnósticos diferenciais considerados, destacou-se a leucemia prolinfocítica T (T-PLL), descartada pela ausência de linfocitose periférica $>5 \times 10^3/\text{mm}^3$ e pelo curso indolente da doença. A T-LGL também foi considerada, dado o perfil imunofenotípico (CD2⁺, CD5⁺, CD7⁺, CD4⁻, CD8⁺, TCRαβ⁺), porém a ausência de grânulos citoplasmáticos na morfologia e a falta de resposta ao metotrexato tornam este diagnóstico menos provável. Dessa forma, o caso foi classificado como neoplasia linfoproliferativa T não especificada (NOS), diagnóstico reservado pela WHO para casos nos quais não é possível enquadrar a doença em entidades específicas, mesmo após extensa investigação morfológica, imunofenotípica e molecular. **Conclusão:** Este caso ilustra a complexidade diagnóstica das neoplasias T periféricas, especialmente quando características morfológicas, imunofenotípicas e clínicas se sobrepõem entre diferentes entidades. A evolução clínica com neutropenia grave e infecções recorrentes, mesmo após remissão completa de um linfoma B concomitante, reforça a importância do seguimento prolongado e da reavaliação diagnóstica periódica em pacientes com apresentações atípicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104693>

ID - 2691

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES POR LINFOMA NÃO HODGKIN NA REGIÃO NORTE DO BRASIL (2015-2024)

CA Gomes Aragão^a, A Queiroz de Andrade^b, JC Sousa de Oliveira^c, M Braga de Oliveira^c, AS Khayat^c

^a Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil

^b Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém, PA, Brasil