

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 >5×10³/mm³ 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

^c Núcleo de Pesquisa em Oncologia, Belém, PA, Brasil

Introdução: O Linfoma não Hodgkin (LNH) é uma neoplasia maligna que acomete tecidos linfoides, principalmente os linfonodos. Sua incidência aumenta com a idade, sendo a faixa etária um importante fator de risco. Além disso, fatores socio-demográficos como região, raça/cor e sexo influenciam diretamente o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, especialmente em áreas com menor infraestrutura de saúde, como a Região Norte do Brasil. **Objetivos:** Analisar o perfil das internações por LNH na Região Norte do Brasil entre 2015 e 2024, considerando variáveis sociodemográficas e epidemiológicas. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo e quantitativo. Os dados epidemiológicos foram obtidos na seção "Morbidade Hospitalar" do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Foram considerados registros de internações com diagnóstico principal de LNH na Região Norte entre 2015 e 2024. **Discussão e conclusão:** Foram registradas 169.626 internações por LNH no Brasil entre 2015 e 2024. A Região Sudeste concentrou o maior número, com 79.521 internações (46,8%), enquanto a Região Norte apresentou o menor quantitativo, com 6.851 internações (4%). Dentro da Região Norte, o Pará se destacou com 2.102 internações (30,6%). A faixa etária com maior número de internações foi de 50 a 59 anos, com 1.104 casos. A população parda representou o maior grupo acometido, com 4.974 internações (72,6%). Do total de casos da Região Norte foram registradas 4.367 (63,75%) internações para homens e 2.484 (36,25%) para mulheres. No total, o número de óbitos no Brasil por LNH foi de 14.127, sendo o Sudeste responsável por 6.318 (44,7%) e o Norte por 625 (4,4%). Esses dados indicam disparidades regionais, com maior concentração na Região Sudeste, o que pode ser atribuído à maior densidade populacional, melhor infraestrutura e acesso aos serviços de saúde. A Região Norte, com menor número absoluto de internações e óbitos, provavelmente reflete subnotificação ou dificuldades de acesso ao diagnóstico, especialmente em áreas geograficamente isoladas. O Pará dentro da região evidencia que, mesmo em contextos de limitações estruturais, a presença de serviços especializados pode ampliar o diagnóstico e o tratamento. A predominância de internações em adultos de 50 a 59 anos reforça o papel do envelhecimento como fator de risco. A prevalência entre pessoas pardas pode refletir a composição demográfica local, sendo esse o grupo mais atingido. O maior número de internações e óbitos entre homens pode estar relacionado tanto a fatores biológicos quanto comportamentais, como menor procura por atendimento precoce e baixa adesão aos protocolos terapêuticos. Dessa forma, entende-se que as disparidades regionais observadas evidenciam desigualdades no acesso à saúde e na disponibilidade de infraestrutura diagnóstica. O destaque do Pará dentro da Região Norte reforça a importância de centros regionais de referência no enfrentamento da doença. A predominância de casos na faixa etária de 50 a 59 anos e entre indivíduos pardos evidencia a necessidade de estratégias de saúde pública direcionadas a grupos vulneráveis. Além disso, a maior proporção de internações e óbitos no sexo masculino ressalta a importância de ações

específicas voltadas para ampliar a adesão ao tratamento e incentivar a busca por diagnóstico precoce entre os homens.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104694>

ID - 2713

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE HODGKIN: RELATO DE CASO COM DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

LC Brito ^a, ALC Gaspar ^a, BC Sacchi ^a,
LLASM Correia ^a, PG Grandin Filho ^a,
RM Turcatto ^a, TdSP Marcondes ^b, ME Pelicer ^b,
ACB Sibar ^b, MAC Domingues ^a, RO Coelho ^b,
L Niéro de Melo ^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: A Síndrome Hemofagocítica (HLH) é uma síndrome hiper-inflamatória grave, potencialmente fatal. A fisiopatologia hiperativação imune com perda dos mecanismos regulatórios, resultando em inflamação persistente e dano tecidual. A HLH é caracterizada como primária (familiar), ou secundária (adquirida), sendo esta última geralmente associada a infecções, doenças autoimunes ou neoplasias. A busca e o tratamento do gatilho subjacente são cruciais. A HLH secundária é comumente desencadeada por infecções, doenças autoimunes ou neoplasias, sendo o linfoma de Hodgkin responsável por apenas 6% das causas de HLH associadas a malignidade. **Descrição do caso:** Homem, 28 anos, privado de liberdade, admitido com quadro de fraqueza, febre, sudorese, dor abdominal, hiporexia, perda ponderal e alterações neurológicas. Ao exame: palidez, icterícia, linfonodomegalia e esplenomegalia. Dos exames laboratoriais, destacam-se: Hb 5,7 g/dL, VCM: 81 mm³, HCM: 26 pg, Plaquetas: 36x10³/mm³, leucócitos: 1,8 x 10³/mm³, neutrófilos: 1,17 x 10³/mm³, com presença de reação leucoeritroblástica à análise de sangue periférico; TGO: 78 U/L, TGP: 37 U/L, FA: 53 U/L, GGT: 102 U/L, BT: 7,1 mg/dL (bilirrubina direta: 5,6; indireta: 1,5), RNI: 1,62, TTPA: 2,84 (razão), albumina: 1,6 g/dL, creatinina: 2,7 mg/dL, ureia: 84 mg/dL, PCR: 28 mg/dL, Ferritina > 1.000 ng/ml, triglicerídeos: 364 mg/dL, fibrinogênio: 334 mg/dL, reticulócitos: 23 mil. Adicionalmente, extensa investigação etiológica, levou a identificação do VDRL 1:32, Citomegalovírus sérico – tratados com penicilina cristalina, ganciclovir e antibiótico de amplo espectro para cobertura de sepse. Houve piora clínica progressiva, necessidade de suporte renal agudo (SRA) e alteração de provas hepáticas. O mielograma exibiu exuberante infiltrado histiocitário, em franca atividade hemofagocítica. Estabelecido o diagnóstico de HLH (febre, esplenomegalia, bicitopenia, hiperferritinemia e hemofagocitose em MO), iniciado tratamento com dexametasona e etoposídeo, com excelente resposta clínica. O resultado da BMO e da core biópsia de linfonodo cervical, confirmaram o diagnóstico de Linfoma de