

^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

Hodgkin Clássico, Esclerose Nodular (OMS- 2024), permitindo início do tratamento com quimioterapia - apenas 6 dias após início do tratamento HLH – sem ajuste de dose – esquema ABVD. Paciente recebeu alta, para seguimento ambulatorial. **Discussão:** Este relato demonstra o desafio diagnóstico da HLH, uma vez que os sintomas não são específicos e muitas características sobrepõe a outras condições graves. A conduta terapêutica escalonada, priorizando o controle da tempestade inflamatória, por meio do tratamento da HLH, permitiu instituição precoce da quimioterapia oncológica sem comprometer sua eficácia. **Conclusão:** A HLH secundária ao Linfoma de Hodgkin, embora rara, exige suspeição clínica. A abordagem sequencial, garantindo estabilização clínica, possibilitou tratamento e controle imunológico prévio à quimioterapia oncológica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104695>

ID - 3368

ACOMETIMENTO EXTRACUTÂNEO NA MICOSE FUNGÓIDE: UM RELATO DE CASO DE INFILTRAÇÃO ESOFÁGICA E PULMONAR

MMP Castro, CV Fernandes, AV Jesus,
TV Pereira, JPCM Gomes, FC Bacarin, ITC Alves,
TC Calunga, HC Fonseca, GBD Amarante

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil

Introdução: A micose fungóide é o linfoma primário da pele mais frequente, representando até 50% dos casos e até 70% em se tratando de linfomas de células T cutâneos. Devido a sua apresentação inicial, normalmente restrita à pele, seu estadiamento obedece os critérios estabelecidos pelo sistema TNM (T - tumor, N - acometimento linfonodal, M - metástase), associado a avaliação de sangue periférico quanto à presença de doença leucemizada, como no caso da doença de Sézary, formando a classificação TNMB (B - blood). Nos estágios mais avançados da doença, podemos observar acometimento ganglionar extenso, além de metástase para outros órgãos sólidos, como pulmão e menos frequentemente o esôfago, como no caso do nosso paciente. Na literatura existem poucos casos descritos de acometimento visceral, com a maioria proveniente de estudos pós morte. Em trabalho publicado em 1974, foram descritos 4 casos de doença esofágica em 45 autópsias realizadas. Sintomas como odinofagia e disfagia podem estar presentes e devem chamar atenção para a possibilidade de infiltração metastática. Na maioria dos casos, a apresentação endoscópica é de lesão ulcerativa, porém há descrição de confirmação anatomopatológica de MF mesmo na ausência de anormalidades endoscópicas. Nesses casos, os sintomas podem estar associados a acometimento neural pela doença. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 35 anos, com diagnóstico de micose fungóide em abril de 2021. Quadro inicial de manchas eritematosas e pruriginosas em região de face e membros superiores com evolução progressiva para úlceras profundas em regiões afetadas. No diagnóstico, por se tratar de doença restrita à pele, não tinha indicação de tratamento sistêmico, manteve, portanto, seguimento com

dermatologia e terapias cutâneas. Em 2025, apresentando acometimento cutâneo difuso e PET-CT de 2024 sugestivo de acometimento linfonodal, pulmonar e esofágico. Foi submetido a biópsia pulmonar confirmando presença de linfoma de células T periférico. Posteriormente, realizada biópsia de lesões esofágicas com achados de infiltração linfóide de imunofenótipo T; no entanto, por indisponibilidade técnica, a definição de clonalidade não foi definida. Paciente com múltiplas infecções secundárias durante evolução da doença, realizada tentativa de tratamento com gemcitabina em monoterapia, com resposta parcial de lesões cutâneas, porém com grave toxicidade, evoluindo com sepse de foco cutâneo e hospitalização. **Conclusão:** O acometimento extracutâneo na MF, pode estar presente em todos os estágios da doença, sendo mais comum em doença avançada, cursando com infiltração linfonodal e de órgãos sólidos. A presença de doença visceral pode ser pouco sintomática como também cursar com sintomas típicos que podem ajudar no diagnóstico. Nesses casos, o prognóstico é pior e o tratamento demanda o uso de imunoterapia e quimioterapia sistêmica, que podem gerar toxicidade significativa, tendo em vista a quebra da barreira de proteção cutânea associada a doença de base.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104696>

ID - 3160

ACROCIANOSE COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA LINFOPLASMOCÍTICO: UM RELATO DE CASO

AV Jesus, CV Fernandes, MPSB Sousa,
JPCM Gomes, TV Pereira, MMP Castro,
FC Bacarin, ITC Alves, TC Calunga,
GRA Mendonça, BKL Duarte, GBD Amarante,
C Cralcev

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil

Introdução: A doença da crioaglutinina (CAD) possui incidência de 0,5 a 1,9 casos por milhão de pessoas ao ano e corresponde a 13-15% dos casos de anemia hemolítica autoimune. Apresenta teste de coombs positivo, com padrão monoespecífico positivo para a proteína C3d do complemento, além de título de crioaglutinina igual ou superior a 64. A fisiopatologia consiste na ligação de anticorpos, geralmente IgM, ao antígeno da superfície eritrocitária, sobretudo em baixas temperaturas como a 40C, levando à ativação do complemento e à hemólise. Pode ser idiopática ou secundária a doenças linfoproliferativas, infecções ou doenças autoimunes. Apenas 1,1% dos pacientes com diagnóstico de linfoma não-Hodgkin apresentam CAD. Dentre estes, os mais comuns são linfoma linfoplasmocítico (LPL), leucemia linfocítica crônica (LLC) e linfoma de zona marginal (LZM). A LPL é um linfoma raro, indolente, que se manifesta de forma assintomática em 25% dos casos. Em 93 a 97% dos casos, apresenta a mutação no MYD88, importante marcador no diagnóstico diferencial dentre outros linfomas, porém sua pesquisa nem sempre está disponível na prática clínica, sobretudo no cenário do SUS.