

de lesões no sacro, fêmur proximal direito, íliaco direito, coluna toracolombar, arcos costais e escápula direita. Iniciou-se quimioterapia de primeira linha com CHOEP em maio de 2024, seguida de cinco ciclos de brentuximabe vedotin-CHP de C1 a C5. Durante o tratamento, apresentou neutropenia febril grau 4, necessitando de internação prolongada. O PET-CT de junho de 2024 demonstrou resposta parcial, Deauville 5. Em novembro de 2024, houve confirmação de doença refratária com novo PET-CT. Diante da refratariedade, foi iniciado belinostat em dezembro de 2024. Em janeiro de 2025, a paciente apresentou piora da dor óssea no, quadril esquerdo. PET-CT evidenciou progressão de doença, com aumento da lesão no íliaco esquerdo (SUV 52,3) com extensão para partes moles, persistência da lesão no sacro e progressão em L2. Foi então realizada radioterapia para as lesões da bacia esquerda e L2, com controle efetivo da dor. O belinostat foi mantido durante a radioterapia e a paciente evoluiu com boa tolerabilidade, encontrando-se atualmente no sétimo ciclo. O exame PET-CT recente, entretanto, evidenciou resposta favorável, não se observa anormalidade metabólica e ocorreu redução significativa das linfonodopatias e nódulos paravertebrais toraco-abdominais à esquerda, atualmente não mensuráveis. Surgiram pequenas áreas de hipermetabolismo no corpo vertebral de T11, em local onde havia lesão hipermetabólica em estudo mais antigo (SUV 7,9), indeterminado. As demais lesões ósseas em acompanhamento não apresentam significativo hipermetabolismo, permanecendo SUV inferior ao do mediastino. Durante o tratamento, a paciente apresentou rash cutâneo grau 2 em face no terceiro dia do primeiro ciclo, acompanhado de fogachos, com impacto na qualidade de vida, manejado com anti-histamínicos e corticoide tópicos, com subsequente resolução do quadro. Atualmente paciente retomou as atividades habituais, com boa qualidade de vida. **Conclusão:** Este caso demonstra o desafio terapêutico do linfoma periférico de células T NOS. Como descrito na literatura, um linfoma agressivo. A experiência reforça que, em casos selecionados, a manutenção de terapia sistêmica associada à radioterapia pode otimizar resultados.

Referências:

1. Coiffier B. Therapeutic options in relapsed or refractory peripheral T-cell lymphoma. *Eur J Cancer*. 2014;50(9):1517-29. doi:10.1016/j.ejca.2014.02.013.
2. O'Connor OA, Pro B, Pinter-Brown L, Bartlett N, Popplewell L, Coiffier B, et al. Results of the pivotal phase II BELIEF (CLN-19) study. *J Clin Oncol*. 2015;33(23):2492-9. doi:10.1200/JCO.2014.59.2782.
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). T-Cell lymphomas. Version 2.2025. Plymouth Meeting (PA): NCCN; 2025 [cited 2025 Aug 9].

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104720>

ID - 1591

EXOFTALMIA UNILATERAL COMO SINAL INICIAL DE LINFOMA DE BURKITT EM PACIENTE PEDIÁTRICO

L Diel Carvalho^a, NM dos Santos^a,
R Bittencourt^b, J Dal Pont Bittencourt^c

^a Universidade do Extremo Sul Catarinense

(UNESC), Criciúma, SC, Brasil

^b Patogene, Criciúma, SC, Brasil

^c Hospital São José, Criciúma, SC, Brasil

Introdução: O linfoma de Burkitt é um linfoma não Hodgkin de células B, altamente agressivo, associado à translocação do gene MYC no cromossomo 8.¹ Embora geralmente se apresente com massas abdominais,² este relato descreve um caso pediátrico com exoftalmia isolada como manifestação inicial. A ausência de outros sinais clássicos dificultou o diagnóstico precoce, evidenciando a importância de se atentar a apresentações clínicas atípicas. **Descrição caso:** G.V.A, 8 anos, sexo masculino, previamente hígido, sem histórico familiar de neoplasia, iniciou com otalgia isolada, avaliado na UPA e liberado com sintomáticos. Após 10 dias, procurou pronto-socorro por piora, associando cefaleia persistente e edema periorbital, recebendo amoxicilina por suspeita de celulite. Em 5 dias, retornou com agravamento da dor e edema facial. Internado em bom estado geral, apresentava exoftalmia e edema em hemiface direita, neurológico preservado, sem linfonodomegalias. Hemograma sem alterações relevantes, exceto por LDH, que elevou-se de 288→485 U/L em 48h, FA discretamente elevada (231 U/L), VHS 30 mm/h, PCR 5 mg/dL, ausência de neutrofilia desfavorecia infecção. Sorologia EBV IgG positiva, IgM inconclusivo, que sugeriu infecção prévia e possível associação viral. Demais sorologias, hepatites, CMV, HIV foram negativas. Mediante a piora do quadro, foi realizada uma tomografia computadorizada (TC) de face, que mostrou volumosa lesão infiltrativa com epicentro na nasofaringe à direita (5,5 x 5,1 x 5,1 cm). Diante do quadro presente, foram consideradas as seguintes hipóteses: carcinoma, sarcoma, esteseoneuroblastoma, linfoma e angiofibroma juvenil. Realizada em seguida ressonância magnética (RM), que evidenciou infiltração até SNC e espessamento paquimeningeo frontal, sugerindo neuroblastoma olfatório. Após 3 dias, com piora de cefaleia, otalgia refratária a opióides e risco de obstrução de vias aéreas, realizou-se biópsia de nasofaringe, iniciando corticoide EV e oftalmológico, como tentativa de controle da evolução do edema. O resultado da biópsia revelou linfoma de Burkitt, C-MYC+, CD20+, Bcl-6+, CALLA+, PAX- 5+, Ki-67 99%, confirmando o subtipo de alto grau e alta taxa proliferativa. Além disso, o líquido, embora com celularidade normal, apresentou 7,7% de células B monoclonais CD20+, confirmando infiltração meníngea e imunofenotipagem da medula óssea se mostrou negativa para infiltração neoplásica. Iniciou-se quimioterapia sistêmica: COP (Ciclofosfamida, Vincristina, Prednisona – pré-fase, 1 semana), seguido de COPADM (acrescido Doxorubicina e Metotrexato) e Rituximabe no D2 como estratégia para reduzir carga tumoral e evitar complicações. Pelo acometimento do SNC, iniciou quimioterapia intratecal MAHIT (Metotrexato, Ara-C, Hidrocortisona). Atualmente, o paciente encontra-se em acompanhamento oncológico, com regressão do edema periorbitário e da exoftalmia. **Conclusão:** O caso destaca a importância de se considerar linfoma entre os diagnósticos diferenciais de lesões cervicofaciais de evolução rápida em pacientes pediátricos, mesmo diante de apresentações clínicas incomuns e exames laboratoriais pouco sugestivos. A suspeita precoce e a

investigação adequada foram fundamentais para o diagnóstico e início do tratamento em tempo hábil.

Referências:

1. Robbiani DF, Deroubaix S, Feldhahn N, Oliveira TY, Callen E, Wang Q, et al. Plasmodium infection promotes genomic instability and AID-dependent B cell lymphoma. *Cell*. 2015;162(4):727-37. doi:10.1016/j.cell.2015.07.019.
2. Blum KA. Adult Burkitt leukemia and lymphoma. *Blood*. 2004;104(10):3009-20. doi:10.1182/blood-2004-02-0405.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104721>

ID - 1587

FIRST INTERIM RESULTS OF THE REAL-LIFE STUDY EVALUATING THE EFFICACY AND SAFETY OF BELINOSTAT

AR Abdo^a, TRC Fischer^b, V Canutti^c,
RP Moura^c, CC Chiattoni^d, O O'Connor^e

^a Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, Brazil

^b A.C. Camargo Câncer Center, São Paulo, Brazil

^c Pint-Pharma, São Paulo, Brazil

^d Hospital Samaritano, São Paulo, Brazil

^e Universidade de Virginia, Charlottesville, United States

Introduction: Belinostat is a Pan-Histone Deacetylase Inhibitors (HDACi) that increases histone acetylation leading with anti-angiogenic and antitumor properties as cell cycle retardation, changes in cell microtubule dynamics, apoptosis ultimately reducing cancer cell proliferation, indicated in the treatment of in refractory or relapsed (R/R) Peripheral T-Cell Lymphoma (PTCL) as monotherapy. BELBRA is the real-life observatory study initiated in Brazil with the participation of around 90 lymphoma reference centers, with 97 patients to date. Representing one of the largest real-life Belinostat studies in the world. **Objectives:** BELBRA is the real-life observatory study to evaluate Belinostat's option for Brazilian PTCL R&R previously submitted to multiple conventional chemotherapy regimens. **Material and methods:** Methods: to date, 97 R/R PTCL patients treated with Belinostat in Brazil have been mapped. Of these 97, we received data from 20 patients. In this interim analysis, the demographic characteristics of the 97 mapped patients were analyzed, including sex, age, and subtype. Furthermore, more detailed analyzes of the 20 patients were carried out including overall response (OR), complete and partial responses (CR and PR), assessment of disease-free progression (DFP), as well as the safety profile of Belinostat therapy. Data collection and statistical analyzes continue to be carried out. **Results:** Overall, 53.9% (41) were female and 46.1% (35) male, with a median age of 60 years. Ninety-seven (97) patients diagnosed as R/R PTCL with the following classification subtype: lymphoma NOS 46.7% (35) Not Otherwise Specified (NOS), LACG 21.3% (16), MF 12 16.0% (12), ATLL 8.0% (6%), AITL 6.7% (5), LLPC 1.3% (1). Following a more detailed analysis of twenty patients (20): As first line CHOP or CHOP like therapies 16 (80.0%) and other therapies for 4 (20.0%) of patients. As for R/R PTCL Belinostat was used as

monotherapy as 2nd or ≥ 3rd lines in 6 (30.0%) and 14 (70%) respectively. The overall response rate was ORR 45% (CR 10.0% and PR 35.0%) and Stable Disease SD 2 (10.0%) with a Disease Progression in 8 (45.0%) of patients. Also, in those 20 patients, Belinostat treatment with an average of 5,4 cycles (2 to 17) was well tolerated with all patients remaining in the full 1,000 mg/m² dosage intravenously during 30 minutes on days 1 to 5 every 21 days. **Discussion and conclusion:** So far Real-world evidence from this Brazilian registry shows that Belinostat has a favorable efficacy and safety profile and supports its use in PTCL patients who are refractory or has relapsed to previous therapies.

References:

1. Weiss J, Reneau J, Wilcox RA. PTCL, NOS: An update on classification, risk-stratification, and treatment. *Front Oncol*. 2023;13:1101441. doi:10.3389/fonc.2023.1101441.
2. Amengual JE, Lichtenstein R, Lue J, Sawas A, Deng C, et al. A phase 1 study of romidepsin and pralatrexate reveals marked activity in relapsed and refractory T-cell lymphoma. *Blood*. 2018;131(4):397-407. doi:10.1182/blood-2017-08-800789.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104722>

ID - 2293

GENOMIC PROFILING AND TARGETED THERAPY IN BRAZILIAN LARGE B-CELL LYMPHOMAS: A HIGH-RISK MOLECULAR LANDSCAPE

AC Meireles^a, PM Resende^a, LGF Cortes^a,
WKP Barros^a, FPs Santos^a, LLC Teixeira^b,
CCP Feres^b, N Hamerschlag^a, GF Perini^a,
PV Campregher^a

^a Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brazil

^b Hospital Municipal Vila Santa Catarina, São Paulo, Brazil

Introduction: Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is biologically heterogeneous, with its genomic landscape mapped in high-income countries but scarcely characterized in low- and middle-income countries (LMICs) like Brazil. Distinct demographics, healthcare settings, and ancestry-related backgrounds may influence disease biology, limiting the applicability of existing risk models and targeted therapies. Incorporation of next-generation sequencing (NGS) into routine practice enables precise molecular classification, improved risk stratification, and identification of actionable alterations, directly informing clinical management. **Objectives:** To report a molecular characterization of a Brazilian DLBCL cohort and illustrate how NGS-guided decisions can shape therapeutic strategies. **Material and methods:** We retrospectively analyzed Brazilian patients with DLBCL or high-grade B-cell lymphoma who underwent a targeted NGS for lymphoid malignancies. Mutational data were classified according to the LymphPlex algorithm. **Results:** Twenty-two patients (median age 66) harbored ≥ 1 molecular alteration. Median tumor mutational burden was 11.4 mut/Mb (range 1.6