

agressivo, com resposta limitada aos tratamentos convencionais conforme foi observado no caso em questão, mesmo em pacientes submetidos a esquemas não CHOP. A esplenectomia, realizada com mais frequência no passado, atualmente é reservada em casos selecionados principalmente em casos de trombocitopenia, porém no caso em questão não foi eficaz. Espera-se que no futuro os avanços em diagnóstico proporcionem melhores estratégias terapêuticas e possíveis terapias alvo para controle dessa condição rara porém agressiva.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104766>

ID - 635

LINFOMAS CUTÂNEOS DE CÉLULAS T DE ALTO RISCO: O PAPEL DO TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO COMO ESTRATÉGIA DE RESGATE TERAPÊUTICO

LMP Alves^a, IL Santos^b, GFP Gomes^c,
PRC Utsch^a

^a Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), Juiz de Fora, MG, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora (SUPREMA), Juiz de Fora, MG, Brasil

^c Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: Linfomas Cutâneos de Células T (LCCT) são neoplasias não Hodgkin pouco incidentes, marcados pelo acúmulo de células T na pele. A Micose Fungóide (MF) e a Síndrome de Sezary (SS) são subtipos caracterizados por lesões como placas, manchas e tumores, além de eritrodermia, podendo haver acometimento sistêmico de sangue e linfonodos. Podem ser classificados quanto ao estágio clínico pelo sistema TNM ou de I a IVB, sendo este último a forma mais grave. O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas Alogênico (Alo-TCTH) se apresenta como terapia alternativa para tratamento de LCCT em estágios avançados ou refratários. **Objetivos:** Analisar, através de revisão da literatura, a estratégia de utilização da terapia de Alo-TCTH nos LCCT avançados. **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa, com pesquisa nas bases de dados PubMed e LILACS, de trabalhos publicados nos últimos 5 anos. Foram utilizados os descritores “Cutaneous T cell lymphomas”, “Allogeneic stem cell transplant” e “therapy”. Incluídos estudos na íntegra, ensaios clínicos, relatos de caso, meta-análises e revisões de acordo com o tema do estudo. Os critérios de exclusão foram artigos não disponíveis gratuitamente, língua diversa do inglês, estudos em animais e com tema divergente da proposta. **Discussão e conclusão:** Dezenove artigos foram identificados e, após triagem, 6 foram selecionados. Os LCCT com diagnóstico precoce podem ser tratados com imunoterapia, radioterapia, quimioterapia, fototerapia e entre outros, porém, em estágios mais avançados ou refratários da doença, o Alo-TCTH se mostra uma opção plausível, tendo em vista ser o único tratamento curativo. Pacientes nos estágios IIB a IV que respondem à quimioterapia de resgate podem ser elegíveis ao transplante, com possibilidade de remissão e

sobrevida livre de progressão de 26% em 5 anos. O Alo-TCTH é feito com regimes de condicionamento de intensidade reduzida e células-tronco do sangue periférico. Recidivas podem ser tratadas com terapias como feixe de elétrons de pele total, que é uma importante estratégia preparatória em MF e SS. Entretanto, é fundamental considerar o aumento da morbimortalidade associado às potenciais complicações do Alo-TCTH, como a Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro e a recidiva do LCCT após o transplante. Apesar dos riscos, o Alo-TCTH representa uma alternativa terapêutica relevante para estágios avançados ou refratários do LCCT, principalmente por ser, até o momento, a única abordagem potencialmente curativa. Sua indicação deve ser individualizada, considerando-se o estado clínico do paciente e a resposta prévia ao tratamento. Novos estudos mais amplos com maior tempo de follow-up são necessários para refinar os critérios de elegibilidade e otimizar os resultados clínicos dessa intervenção promissora.

Referências:

Morgenroth S, Beyer M, Zettl H, Meiss F, Sander C, Assaf C, et al. What is new in cutaneous T cell lymphoma? *Curr Oncol Rep.* 2023;25(11):1397-408. doi:10.1007/s11912-023-01492-0.

Latzka J, Quaglini P, Stadler R, Bagot M, Ortiz-Romero PL, Dummer R, et al. EORTC consensus recommendations for the treatment of mycosis fungoides/Sézary syndrome – update 2023. *Eur J Cancer.* 2023;195:113343. doi:10.1016/j.ejca.2023.113343.

Lechowicz MJ, Kim SJ, Ishida T, Tsukasaki K, Foss FM, Querfeld C, et al. Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation after mogamulizumab in T-cell lymphoma patients: a retrospective analysis. *Int J Hematol.* 2024;119(6):736-44. doi:10.1007/s12185-024-03726-6.

Stranzenbach R. How do we treat cutaneous T-cell lymphoma? *Ital J Dermatol Venereol.* 2021;156(5):-. doi:10.23736/S2784-8671.21.07268-0.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104767>

ID - 140

LONG-TERM OUTCOMES, SURVIVAL PREDICTORS AND UP-FRONT TREATMENT PATTERNS IN 568 ELDERLY DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA PATIENTS FROM LATAM: IS R-CHOP STILL THE FIRST CHOICE FOR TREATING PATIENTS OLDER THAN 60 YEARS?

RN de Vita, COO Reichert, HF Culler, RoD Costa, SAC Siqueira, IC Soares, V Rocha, J Pereira, LAPC Lage

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), the most common non-Hodgkin lymphoma subtype, mainly affects those over 60. Elderly patients show high-risk features, EBV infection, chemoresistance, lower drug tolerability, and poorer outcomes. Excluding new chemo-free treatments, cornerstone of elderly DLBCL is immunochemotherapy based on

anthracyclines. Therefore, in addition to full-dose R-CHOP regimen, attenuated protocols, such as R-miniCHOP (containing doxorubicin 25/sqm) and Elderly-R-miniCHOP (rituximab 375 mg/sqm, cyclophosphamide 400 mg/sqm, doxorubicin 25 mg/sqm, vincristine 1 mg fixed dose, and prednisone 40 mg/sqm) have emerged for this particularly fragile population. **Objetivos:** This study aims to assess long-term outcomes, determine survival predictors, and compare responses and toxicities between different R-CHOP-like protocols in a large real-world cohort. **Material e métodos:** Retrospective, observational, and single-center study involving 568 DLBCL, NOS patients aged ≥ 60 years, treated at USP, Brazil, between January 2009 and December 2023. **Resultados:** The median age at diagnosis was 70 years (60-97) and 52.3% were female. Comorbidities were prevalent, including 27.8% of immobility, 28.1% of malnutrition and 25% of polypharmacy. Advanced clinical stage (III/IV) was observed in 79% of cases, 50.4% had bulk disease ≥ 7 cm and 70.3% had IPI ≥ 3 . Among 518 (91.1%) cases effectively treated, 66.2% received full-dose R-CHOP, 18.7% R-miniCHOP, 11.4% Elderly-R-miniCHOP, and 3.7% anthracycline-free protocols. ORR for the whole cohort was 90.1% (95% CI: 86.9-92.6%), with 79.9% (95% CI: 75.8-83.5%) achieving CR. ORR was 92.4% for R-CHOP, 89% for R-miniCHOP, and 75.7% for Elderly-R-miniCHOP, $p = 0.011$. Overall mortality ($p = 0.010$) and induction mortality ($p = 0.002$) rates were significantly lower in patients treated with full-dose R-CHOP. With a median follow-up of 72.3 months, estimated 5-year OS and EFS were 51.3% (95% CI: 47.1-56%) and 47.5% (95% CI: 43.3-52.2%), respectively. The estimated 5-year OS and EFS were 61.7% (95% CI: 56.5-67.5%) and 57.7% (95% CI: 52.4-63.5%) for full-dose R-CHOP, 47.2% (95% CI: 37.1-59.9%) and 42.1% (95% CI: 32.4-54.8%) for R-miniCHOP, and 36.1% (95% CI: 24.1-54%) and 33.7% (95% CI: 22.5-50.4%) for Elderly-R-miniCHOP, $p < 0.0001$ for both outcomes. Additionally, very-elderly (≥ 80 years) and frail (KPS <50) patients had markedly decreased OS and EFS compared to younger groups (60-79 years) and fit cases (KPS 50-70 and >70), $p < 0.0001$. Despite having promoted a better outcome, the full-dose R-CHOP regimen was associated with higher rates of neutropenia ($p < 0.0001$), not translated into an increase in treatment discontinuation rates ($p = 0.155$) or microbiologically documented infections ($p = 0.063$). In multivariate analysis age ≥ 70 years, congestive heart failure, KPS < 70 , involvement ≥ 2 extranodal areas, Elderly-IPI int- high/high-risk, increased LDH and $\beta 2$ -microglobulin values were independent predictors for decreased survival. **Discussão e conclusão:** Although a significant proportion of DLBCL patients older than 60 years are considered ineligible for full-dose anthracycline-based regimens, attenuated immunochemotherapeutic protocols provided markedly inferior long-term outcomes in our large and long-term cohort. Therefore, we concluded that outside clinical trials settings, full-dose R-CHOP regimen is nowadays still considered as first-choice therapy for up-front management of elderly DLBCL, being associated with greater efficacy, better outcomes and a relatively safe adverse event profile.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104768>

ID - 2450

MANIFESTAÇÃO CUTÂNEA ATÍPICA EM LINFOMA DE CÉLULAS T DO ADULTO (ATL)

GBC Matos^a, APM Gomes de Carvalho^a,
LdC Oliveira^b, MA Dias^b, JdA Santos^b,
JFS do Carmo^a, EQ Crusoé^b

^a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

^b Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

Introdução: O linfoma de células T do adulto (ATL) possui íntima relação em sua patogênese com a infecção pelo vírus HTLV-1, sendo esse o primeiro retrovírus a ser identificado com potencial oncogênico em humanos. O Brasil é um dos países com forte perfil endêmico, sendo as regiões norte e nordeste com maior registro de casos. A progressão da doença ocorre após um longo período de latência e as lesões cutâneas, que estão comumente presentes na apresentação clínica, costumam ser a primeira manifestação da doença. O caso relatado descreve acometimento cutâneo atípico do ATL com progressão por dois anos antes do diagnóstico. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 40 anos, natural e procedente de Salvador, Bahia, com queixa de lesões cutâneas pustulares, dolorosas, que evoluíam com ruptura espontânea e formação de crostas hipercrômicas e áreas de necrose há dois anos. O acometimento inicial foi nas regiões periféricas dos quirodáctilos e pododáctilos, com progressão para membros inferiores, região plantar dos pés, mãos, braços, orelhas, mucosa oral e língua. O exame evidenciava áreas crostosas e hiperpigmentadas de distribuição difusa, em membros superiores, inferiores e tronco, além de distrofia ungueal em quirodáctilos e pododáctilos, associada à necrose. Submetida a desbridamentos cirúrgicos de lesões cutâneas necróticas, com necessidade de amputação da falange distal do quirodáctilo esquerdo. Hemograma demonstrava anemia e leucocitose às custas de linfocitose. O estudo de imunofenotipagem de sangue periférico descreve 38,24% de linfócitos T patológicos na amostra de 20.500 léucócitos/mm³, possuindo marcadores positivos: CD2++, memCD3++, CD4++, CD5++, CD7+/++(80%), CD25++, CD28++, CD30+/++(72%), CD45+++, CD99+(54%) e TRBC1++, compatível com Doença Linfoproliferativa Crônica de Células em associação com a sorologia positiva para HTLV. A biópsia de pele demonstrou denso infiltrado mononuclear atípico acometendo em planos superficiais e profundos na derme, tecidos perivascular, perineural, e anexos adiposos de subcutâneo, positivo para CD3, BCL2, CD4, CD5, MUM1, GATA3 e CD25, ki67 de 30%, concluindo como compatível com infiltração da pele por linfoma/leucemia de células T do adulto (ATL). Foi feito diagnóstico de ATL forma crônica favorável. O tratamento inicial foi quimioterapia com esquema CHOEP tendo cumprido 6 ciclos, sem resposta. Diante de manifestação predominante cutânea iniciou tratamento com metotrexate associado a zidovudina, atualmente em resposta clínica e em avaliação para transplante de medula óssea