

Macroglobulinemia de Waldenström com Síndrome de Bing-Neel é rara, poucos casos relatados e falta de padronização de tratamento. Trata-se de uma complicação grave de alta mortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104797>

ID - 2333

SOBREVIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM LINFOMA DE BURKITT NO ESTADO DE SÃO PAULO

DM Lobert, AOG Golineli, BFA Alves, VA Bastos, GA Fioravante, ES Gil, MEP Marchetti, HM Teano, GV Tonelli, LN Melo

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

Introdução: O Linfoma de Burkitt (LB) é um linfoma não-Hodgkin de células B, altamente agressivo e de rápido crescimento, exigindo intervenção precoce¹. Geneticamente, é marcado pela translocação e superexpressão do oncogene MYC. Apesar de altamente quimiossensível, com rápida regressão tumoral inicial¹, a agressividade da doença e a busca por melhor prognóstico justificam a continuidade de estudos que identifiquem perfis de risco, orientando intervenções mais direcionadas. **Objetivos:** Busca-se estimar a sobrevida de pacientes com LB no estado de São Paulo, por faixa etária e sexo, identificando padrões que auxiliem em estratégias mais eficazes de diagnóstico e manejo clínico, além de aprimorar o conhecimento sobre os perfis populacionais mais atingidos por essa neoplasia. **Material e métodos:** Este estudo descritivo usou dados anonimizados do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) de São Paulo, coordenado pela FOSP. A análise utilizou o software RStudio, incluindo diagnósticos de "LINFOMA DE BURKITT, SOE" (M-9687/3) entre 2000 e 2024. A sobrevida foi calculada do diagnóstico até a última informação do paciente, com "óbito por câncer" como evento. Uma limitação é a falta de detalhe sobre o tipo específico de câncer que causou o óbito. Para estimar a sobrevida foi utilizada a curva de Kaplan-Meier. **Resultados:** A amostra contém 1345 pacientes diagnosticados com LB, acompanhados por 15 anos. A probabilidade geral de sobrevida no tempo inicial era 99,85% (IC95%: 99,41-99,96), com uma queda acentuada a 66,81% (IC95%: 64,14-69,32) no primeiro ano e seguindo um declínio gradual até 60,79% (IC95%: 57,88-63,56) ao final do período. Por sexo, ambos mantem uma tendência semelhante, com o masculino terminando em 61,79% (IC95%: 58,59- 65,18) e o feminino em 58,18% (IC95%: 52,88-64,01). Em faixas etárias, o grupo de 0 a 19 anos apresentou a maior sobrevida, partindo de 99,87% (IC95%: 99,62-100), 79,85% (IC95%: 77,02-82,78) após o primeiro ano e 75,80% (IC95%: 72,73-79,00) ao final. Já o grupo com 60 anos ou mais teve a menor sobrevida, começando em 100% (IC95%: 100-100), 43,11% (IC95%: 33,64-55,23) no primeiro ano e 37,50% (IC95%: 27,82-50,56) ao final. **DISCUSSÃO:** A taxa de sobrevida é menor em idosos, com pouca diferença entre os sexos. No primeiro ano, é verificado que a estatística cai notoriamente, o que presume-se ser pelo caráter agressivo e de rápido crescimento do LB. Após esse

período, há uma estabilização da probabilidade, o que pode ser explicado pela alta resposta a quimioterapia, sendo os posteriores óbitos em razão da recidiva da doença ou por complicações tardias do tratamento - mielossupressão e infecções - especialmente em idosos e imunossuprimidos¹. Assim, o presente estudo está em consonância com a literatura, ratificando estudos como o de Saleh et al. **Conclusão:** Embora o LB exiba acelerada regressão tumoral com tratamentos, a sobrevida pode ser afetada pelo tempo de diagnóstico, provavelmente devido a seu comportamento proliferativo e agressivo, sobretudo em pacientes idosos, o perfil encontrado de maior risco, em função de sua baixa reserva funcional e menor resistência a tratamentos intensivos. Esses achados, em consenso com a literatura prévia existente, justificam a necessidade de se expandir o conhecimento acerca desse linfoma, visando um melhor prognóstico.

Referência:

Saleh K, Quessada J, Nikolova Y, Bernard S, Asmar R, Ghesquière H, et al. Burkitt and Burkitt-like lymphomas: a systematic review. *Curr Oncol Rep.* 2020;22(4):33. doi:10.1007/s11912-020-0898-8

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104798>

ID - 2976

SOBREVIDA, RESPOSTA AO TRATAMENTO E COMPLICAÇÕES CLÍNICAS DE PACIENTES COM LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA DO SUS

R Martendal Schmitz^a, B Eyng dos Santos^a, AC Guimarães Justo Pereira^a, R Romanovicz Hemquemeier^a, B Doubrawa Kretzer^a, AC Moreira de Carvalho Cardoso^a, F Sanchez Tavares^b, LG Pinto^c, B Zipperer Surkamp^c, M Pitombeira de Lacerda^{a,b}

^a Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE), Joinville, SC, Brasil

^b Hospital Municipal São José (HMSJ), Joinville, SC, Brasil

^c Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células do Manto (LCM) representa aproximadamente 5% dos linfomas de células B, sendo caracterizado pela proliferação clonal de linfócitos maduros, ocasionada, na maioria dos casos, pela translocação 11;14 CCDN1/IGH. Apresenta comportamento clínico heterogêneo, com manifestações extranodais em até 90% dos casos, e frequentemente é diagnosticado em estágio avançado, com acometimento de medula óssea, trato gastrointestinal, esplenomegalia e linfonodomegalias. Em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), limitações diagnósticas e de tratamento podem impactar negativamente o manejo destes pacientes, e a elucidação desta realidade clínica se faz necessária. **Objetivos:** Determinar a sobrevida global (SG), sobrevida livre de progressão (SLP), duração de resposta e tempo até o

próximo tratamento de pacientes com LCM. **Material e métodos:** Análise retrospectiva de pacientes com diagnóstico de LCM de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde, entre janeiro de 2015 e janeiro de 2025 no SUS em Joinville, referência para o nordeste do estado de Santa Catarina. **Resultados:** Foram incluídos 52 pacientes, com mediana de idade ao diagnóstico de 67 anos (intervalo: 33 - 79), idade acima de 65 anos em 58% e sexo masculino em 79%. Estadiamento clínico era IV em 65%, com presença de sintomas B em 54% e escore MIPIC de alto risco em 44%, intermediário em 37% e baixo em 19%. Na imunohistoquímica, Ki67 acima de 30% foi observado em 17 pacientes (33%), e a positividade de ciclina D1 foi observada em 94%, com os demais casos apresentando SOX11 positivo. Cinquenta pacientes (96%) receberam quimioterapia de primeira linha, com dois pacientes recebendo apenas terapia de suporte em decorrência de fragilidade clínica. O regime de primeira linha foi DHAP/Ox em 4%, CHOP-DHAP/Ox em 12%, CHOP em 46%, CVP em 34%, Bendamustina em 2% e BAC em 2%. Rituximabe foi utilizado na indução ou manutenção em 40%. Transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) foi realizado em 6 pacientes em primeira linha (27% dos elegíveis pela idade ao diagnóstico). Trinta pacientes (58%) receberam terapia para LCM recidivado ou refratário (RR), com mediana de 11 meses do tratamento de primeira linha, com 63% destes recebendo terapia de segunda linha em até 2 anos (POD24). Terapia de terceira, quarta e quinta linha foram recebidas por 12, 5 e 2 pacientes. Entre pacientes com LCM RR, 40% tiveram acesso a inibidor de brutoquinase (iBTK). Com mediana de seguimento de 21 meses, foram observados 27 óbitos, com sepse (44%) e progressão de doença (41%) como as causas mais frequentes, e mediana de sobrevida global (SG) de 39 meses. Para pacientes com LCM RR, a probabilidade de SG em 24 meses foi de 82% (IC95%: 0,6-1,0) para pacientes com acesso a iBTK e 59% (IC95%: 0,4-0,8) para pacientes sem acesso a iBTK ($p=0,027$). **Discussão e conclusão:** Enquanto a população em nosso cenário apresentou idade e distribuição de gênero comparáveis à literatura, houve frequência elevada de MIPIC de alto risco e Ki67 elevado. Acesso a rituximabe e TCTH em primeira linha foram baixos, o que pode ter se associado à alta frequência de progressão precoce (POD24). Acesso a iBTK em linhas subsequentes, apesar do número amostral limitado, parece ter se associado com ganho de SG nesta população. Dessa forma, o manejo de LCM no SUS carece de aprimoramento em primeira linha e linhas sucessivas, com necessidade de melhores opções de tratamento e de maior acesso à pesquisa clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104799>

ID - 3164

TAFASITAMABE E LENALIDOMIDA COMO PONTE PARA TRANSPLANTE ALOGÊNICO HAPLOIDÊNTICO EM LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B COM RECAÍDA EM SNC

CM Melo, CB Prato, ML Puls, TAS Pereira, PEM Flores, LB Lanza, JN Cavalcante, PM Yamamoto, MCMd Almeida, RL Silva

São Camilo/Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (IBCC), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) com recaída em sistema nervoso central (SNC) apresenta prognóstico extremamente desfavorável, principalmente nos casos com doença recaída após resgate com transplante de medula óssea (TMO) autólogo. O manejo é difícil devido às baixas taxas de resposta das terapias de resgate, principalmente em países onde a terapia com células CAR-T ainda não é facilmente disponível. Dessa forma, o tratamento de resgate seguido de TMO alogênico continua sendo a única opção curativa. A combinação de tafasitamabe e lenalidomida surge como alternativa promissora para se obter remissão e possibilitar a realização do TMO. Sendo assim, o objetivo do trabalho é relatar o caso de paciente com LDGCB recidivado em SNC após TMO autólogo, tratado com tafasitamabe e lenalidomida como terapia de resgate e ponte para transplante alogênico haploidentico. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 54 anos, apresentou recaída de LDGCB em Janeiro de 2025, 3 meses após TMO autólogo, com quadro de paralisia facial periférica a direita, dor óssea difusa, hipercalcemia da malignidade e pancitopenia. Realizada coleta de líquor com 81% de células B CD20+ neoplásicas, infiltração óssea extensa à ressonância e biópsia de medula óssea compatível com infiltração medular por LDGCB. Optado por tratamento com quimioterapia intratecal (MADIT) duas vezes por semana, associado a tratamento de resgate com tafasitamabe 12 mg/kg EV e lenalidomida 25 mg/dia VO por 21 dias/ciclo. Após 5 ciclos, paciente evoluiu com melhora clínica importante e resolução dos sintomas neurológicos, sendo realizada avaliação de resposta em junho de 2025, com coleta de líquor sem infiltração neoplásica, biópsia de medula óssea sem alterações e PET-CT sem evidência de lesões hipermetabólicas sugestivas de doença linfoproliferativa em atividade. Não ocorreram eventos adversos graves atribuídos ao tratamento. Em julho de 2025 foi realizada consolidação com transplante alogênico haploidentico de sua filha, com condicionamento de intensidade reduzida (Flu-BuCyTBI 2Gy) e profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro com ciclofosfamida pós transplante, micofenolato e ciclosporina. **Conclusão:** A taxa de resposta completa após tratamento de resgate em pacientes com LDGCB recaído após TMO autólogo, sobretudo em pacientes com doença recaída em SNC é baixa. A combinação de tafasitamabe e lenalidomida apresentou resposta relevante e rápida, possibilitando a consolidação do tratamento com TMO alogênico e sem efeitos colaterais significativos, reforçando o papel desta combinação mesmo em paciente com recaída em SNC, população habitualmente excluída dos principais estudos clínicos para terapias de resgate. Dessa forma, conclui-se que o uso de tafasitamabe e lenalidomida como ponte para transplante alogênico haploidentico mostrou-se eficaz e seguro em paciente com LDGCB recidivado em SNC, permitindo remissão completa e consolidação com TMO alogênico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104800>