

Linfomas: diagnóstico e tratamento

Uma reciclagem e a interface com a Infectologia

Por Gisele W. B. Colleoni, Mauro José Costa Salles, Riguel Jun Inaoka e Thaís Guimarães

Os linfomas constituem um grupo heterogêneo de doenças neoplásicas que se originam de células do sistema imunológico, a grande maioria tem origem nas células B e

uma minoria, em células T. Tradicionalmente são divididos em linfomas de Hodgkin (LH) e linfomas não-Hodgkin (LNH), que correspondem respectiva-

mente a 20% e 80% dos casos. Veja abaixo, no Quadro 1, a classificação recente da Organização Mundial de Saúde para as doenças linfoproliferativas.

Quadro 1

Doenças linfoproliferativas - classificação da Organização Mundial da Saúde	
80-90%	10-20%
Neoplasias de células B	Neoplasias de células T
Indolentes	
Leucemia linfóide crônica (LLC) Linfoma linfocítico de pequenas células Linfoma folicular (grau I e II) Linfoma da zona marginal/MALT Linfoma da zona marginal esplênico Leucemia de células pilosas Plasmocitoma/mieloma	Linfoma de grandes linfócitos granulares Linfoma de células T do adulto, tipo smoldering Micose fungóide
Moderadamente agressivas	
Leucemia pró-linfocítica Linfoma de células do manto Linfoma folicular (grau III)	Leucemia linfóide crônica/ pró-linfocítica Linfoma de células T do adulto, tipo crônico Linfoma angiocêntrico Linfoma angioimunoblástico
Agressivas	
Linfoma difuso de grandes células B	Linfoma de grandes linfócitos granulares, tipo NK Linfoma de células T-periférico Linfoma intestinal de células T Linfoma de células T do adulto, tipo agudo Linfoma anaplásico de grandes células
Altamente agressivas	
Precursor B-linfoblástico Linfoma de Burkitt Linfoma de alto grau de células B, Burkitt like	Precursor T-linfoblástico
Linfoma de Hodgkin	

Aspectos Epidemiológicos

Os LH correspondem a 1% de todas as neoplasias humanas e apresentam uma incidência estável. Os LNH correspondem a 4% de todas as neoplasias humanas, e a sua incidência vem aumentando em todo o mundo. Algumas das possíveis causas do aumento da incidência são: maior número de diagnósticos precoces de linfomas indolentes, aumento da população de imunodeprimidos (secundariamente a transplantes de órgãos e à infecção pelo HIV) e envelhecimento da população. A incidência dos LNH é pouco maior no sexo masculino do que no feminino, sendo a idade mediana para apresentação em torno de 50 anos. Em geral, a incidência em caucasianos é maior do que em negros ou asiáticos.

Os últimos dados sobre linfomas no Brasil foram publicados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2004, revelando mais de 3.000 mortes, o que corresponde a uma média de oito óbitos por dia.

Aspectos etiológicos

Muito se têm estudado a respeito dos fatores etiológicos e/ou fatores de risco para o desenvolvimento dos LNH. Porém, na maioria dos casos, a doença é de causa desco-

nhecida. Existe maior incidência de LNH em indivíduos que manipulam solventes orgânicos, como pintores, mecânicos, trabalhadores rurais e das indústrias química, de petróleo, de borracha e de plásticos. Há também maior incidência em indivíduos que manipulam substâncias químicas como organofosforados, benzeno, tetracloreto de carbono, preservantes de madeira e tinta de cabelo ou que se submeteram à quimioterapia (QT) e radioterapia (RT) no passado. Alguns agentes infecciosos desempenham papel importante na patogênese de determinados tipos de LNH e encontram-se descritos no Quadro 2 abaixo.

Classificação evolutiva

Do ponto de vista clínico, os LNH podem ser divididos em dois grandes grupos: indolentes e agressivos. Os chamados linfomas de baixo-grau ou indolentes são aqueles que apresentam evolução lenta com linfadenomegalia não-dolorosa de crescimento progressivo, esplenomegalia e freqüente comprometimento da medula óssea, resultando em citopenias no sangue periférico. Os pacientes acometidos por esse tipo de linfoma costumam apresentar sobrevida de vários anos

mesmo sem tratamento. Os subtipos de linfoma indolente mais comumente encontrados são: os linfomas foliculares (LF) graus I e II; o linfoma folicular grau III, que deve ser tratado como o linfoma difuso de grandes células B; o linfoma linfocítico de pequenas células e o linfoma de zona marginal (nodal, extranodal ou esplênico).

Os linfomas agressivos são aqueles que apresentam linfadenomegalia ou tumoração extranodal com evolução rapidamente progressiva, podendo levar ao óbito em semanas ou meses se não forem rapidamente tratados. Os subtipos de linfoma agressivo mais comumente encontrados são: o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), o linfoma de células do manto, o linfoma de células T periféricas e o linfoma anaplásico de grandes células, tipo T/null.

Quadro clínico

Os principais sinais e sintomas do linfoma incluem a presença de massas tumorais comprometendo estruturas nodais (60 a 75% dos casos) ou extra-nodais (25 a 40% dos casos), além de fadiga, prurido cutâneo e sintomas B: febre, emagrecimento > 10% do peso em seis meses e sudorese noturna.

Os linfomas de Hodgkin (LH) acometem predominantemente linfonodos, baço e medula óssea enquanto os linfomas não-Hodgkin (LNH) podem apresentar manifestações extra-nodais em aproximadamente 25% dos casos, mais comu-

Quadro 2

Agentes infecciosos associados aos tipos de linfoma

Agentes infecciosos	Tipo de LNH relacionado
Vírus Epstein-Barr (EBV)	Linfoma de Burkitt endêmico na África Linfoma de Burkitt esporádico Linfomas associados à Aids Linfoma T nasal Linfomas de Hodgkin
HTLV-I	Leucemia/linfoma de células T do adulto
Herpes vírus humano tipo 8 (HHV8)	Linfoma de cavidade ou <i>primary effusion lymphoma</i>
Vírus da hepatite C (HCV)	Linfoma linfoplasmocitóide associado à crioglobulinemia mista tipo II Linfoma de zona marginal esplênico
<i>Helicobacter pylori</i>	Linfoma MALT (<i>mucosa associated lymphoid tissue</i>) do estômago
<i>Chlamydia psittaci</i>	Linfomas MALT de anexos oculares

Quadro 3

Quando devemos suspeitar de linfoma?

Quando o paciente apresentar linfonodomegalia:

- ✓ > 2 cm de diâmetro
- ✓ firme
- ✓ indolor
- ✓ não associado a processo infeccioso
- ✓ que persiste por mais de quatro semanas

mente no estômago, pele, cavidade oral, intestino delgado e sistema nervoso central.

Diagnóstico diferencial

Estes sintomas são também frequentes em muitas doenças infecciosas prevalentes em nosso meio e por isso o diagnóstico de linfoma deve figurar entre os diagnósticos diferenciais das linfonodomegalias febris. Daí, também a importância

da suspeição desta patologia pelo infectologista. Veja no Quadro 4, abaixo, as principais doenças causadoras de linfonodomegalias que compreendem o diagnóstico diferencial.

Diagnóstico

O diagnóstico dos LNH se baseia na biópsia do linfonodo ou da massa tumoral extranodal, devendo o material ser examinado por patologista experiente que irá classificar a doença de acordo com critérios morfológicos e imunohistoquímicos.

O patologista faz a suspeita de LNH a partir da análise inicial dos cortes histológicos obtidos da biópsia de linfonodo, corados pelo método de hematoxilina e eosina. A partir daí, deverá dispor de um painel de anticorpos monoclonais que

serão utilizados em diversas reações de imunohistoquímica para identificar a presença de proteínas no citoplasma ou núcleo das células tumorais capazes de definir: o tipo de tumor (linfoma ou carcinoma), o tipo de linfoma (LNH ou LH), a origem celular do LNH (células B ou T) e o subtipo de LNH. Veja as principais recomendações para o diagnóstico dos linfomas no Quadro 5 ilustrativo abaixo.

A punção aspirativa por agulha fina (PAAF) é extremamente útil no diagnóstico diferencial de adenomegalias, principalmente na diferenciação de linfonodomegalias reacionais, doenças linfoproliferativas e metástase de carcinoma. Porém, a PAAF nunca pode substituir a biópsia de linfonodo no diagnóstico e classificação do LNH.

Quadro 4

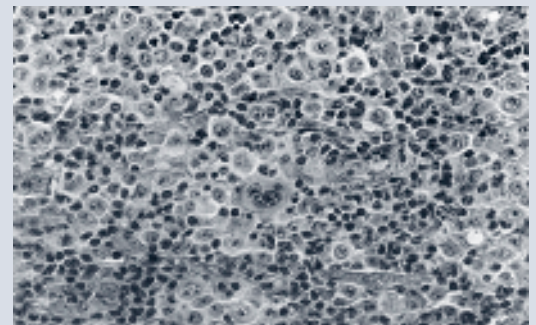
Diagnóstico diferencial

- **Doenças virais**
Mononucleose (EBV, CMV), vírus respiratórios superiores (adenovírus, influenza), HIV, rubéola
- **Doenças bacterianas**
Streptococcus, *Staphylococcus*, *Salmonella*, *Brucella*, *Listeria*, doença da arranhadura do gato
- **Doenças fúngicas**
histoplasmose, blastomicose
- **Micobactéria**
tuberculose, hanseníase
- **Clamídia**
linfogranuloma venéreo, tracoma
- **Espiroquetas**
sífilis, leptospirose
- **Parasitas**
toxoplasmose
- **Protozoário**
malária
- **Hematológica**
LNH, LH, LLC, LLA, LMC, LMA, MW, distúrbios histiocíticos
- **Metastática**
mama, TGI, cabeça e pescoço, pulmão, próstata, testículo, melanoma, sarcoma
- **Inflamação**
AR, LES, S. Sjögren, dermatomiosite
- **Outras**
sarcoidose

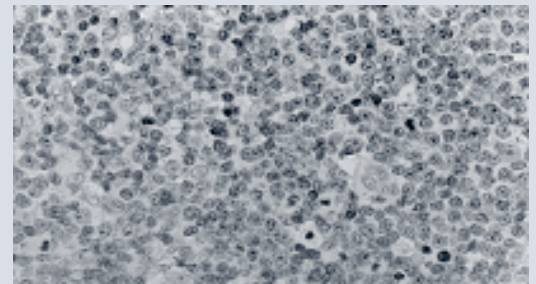
Quadro 5

Exames para o diagnóstico dos linfomas

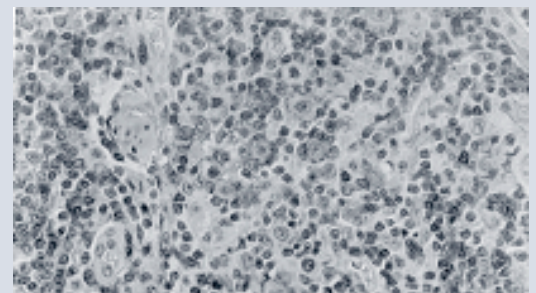
- ✓ Biópsia do linfonodo (ou da massa extra-nodal)
- ✓ Patologista experiente
- ✓ Classificar a doença de acordo com critérios:
 - morfológicos
 - imuno-histoquímicos
- tipo de tumor (linfoma ou carcinoma)
- tipo de linfoma (LNH ou LH)
 - origem celular do LNH (células B ou T)
 - subtipo de LNH



HE, 400X



CD45Ro, 400X



CD20+, 400X

O tipo histológico do LNH é o principal determinante da sobrevida e potencial de cura desse grupo de doenças. Porém, algumas características detectadas no diagnóstico são capazes de prever a sobrevida após o tratamento inicial.

Estadiamento

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o paciente deverá ser submetido ao estadiamento para determinação da extensão da doença. Para isso, deverá ser realizado um exame físico detalhado com caracterização de tamanho, consistência e aderência a planos profundos dos linfonodos cervicais, axilares, submandibulares, infraclaviculares, epitrocleares, ilíacos, poplíteos e exame da cavidade oral, bem como palpação de baço e fígado, pesquisa de alterações neurológicas e lesões de pele; exames de imagem, mais comumente, tomografia de tórax, abdome e pelve; e biópsia de medula óssea (unilateral).

Outros exames importantes que podem auxiliar na avaliação geral do paciente são: exame laboratorial completo envolvendo hemograma, função renal, função hepática e provas de atividade inflamatória VHS, DHL e B-2-microglobulina; sorologia para HIV (principalmente em linfoma difuso de grandes células e Burkitt), para HTLV-I (linfomas de células T cutâneos e presença de hipercalemia), para HCV (linfoma da zona marginal esplênico) e para HBV; exame do líquido em linfomas com alto risco de infiltração do SNC, como: LDGCB em estágio IVB, linfoma em pacientes HIV ou HTLV-I positivo e linfomas comprometendo testículo, regiões paravertebrais e seios paranasais.

O mapeamento com gálio e a tomografia por emissão de pósitrons, utilizando o radiotraçador 18-fluorodeoxiglicose (PET-FDG), também podem ser utilizados em algumas situações. Feitos os exames, deve-se classificar a extensão da doença, de acordo com os critérios

de Ann Arbor (estádio I a IV) com A = ausência de sintomas gerais; B = febre inexplicada, sudorese noturna e perda > 10% do peso em seis meses.

Prognóstico

O tipo histológico do LNH é o principal determinante da sobrevida e potencial de cura desse grupo de doenças. Porém, algumas características detectadas no diagnóstico são capazes de prever a sobrevida após tratamento inicial.

Estas características foram agrupadas em um sistema de escore conhecido como Índice Prognóstico Internacional (IPI), elaborado por instituições americanas e européias para linfomas agressivos tratados com esquema contendo doxorubicina. Este índice é baseado nos seguintes critérios (quanto maior o número de fatores, maior a chance de progressão e menor a sobrevida geral):

- sexo masculino
- idade = ou > 45 anos
- estágio IV
- albumina sérica < 4 g/dL
- hemoglobina < 10,5 g/dL
- leucocitose > 15.000/mm³
- linfopenia < 600/mm³ e/ou < 8%

Para pacientes com LF, subtipo mais freqüente de LNH indolente, existe um índice prognóstico específico - FLIPI (*Follicular Lymphoma International Prognostic Index*). Este índice utiliza os seguintes parâmetros clínicos obtidos no diagnóstico (em negrito os fatores que influenciam negativamente o prognóstico):

- idade (> 60 anos)
- DHL paciente/normal (> 1)
- hemoglobina (< 12g/dL)
- estágio (III/IV)
- número de sítios nodais (> 4)

Autores:

Gisele W. B. Colleoni – Graduada em Medicina e com mestrado e doutorado pela Universidade Federal de São Paulo, é docente do Departamento de Oncologia Clínica e Experimental da Unifesp desde 1997. Realizou Pós-Doutorado na área de Patologia Molecular em doenças linfoproliferativas no Memorial-Sloan Kettering Cancer Center, Nova York, USA (1998/99).

Mauro J. C. Salles – Médico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; professor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa; possui mestrado em Biologia Molecular de Doenças Infecciosas, University of London (1998). Atualmente é o primeiro-secretário da SBI.

Riguel Jun Inaoka – Médico com formação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, concluiu residência médica em Hematologia e Hemoterapia pela Unifesp em 2005, onde atualmente cursa Doutorado em Hematologia e Hemoterapia.

Thaís Guimarães – Médica infectologista da CCIH do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e do Hospital Santa Cruz, presidente da Subcomissão de Controle de Infecção Hospitalar do Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo, doutoranda em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Unifesp. Atualmente é a coordenadora de Divulgação da SBI.

Opções de terapias dos linfomas

O surgimento dos anticorpos monoclonais modificou a abordagem dos pacientes com linfoma agressivo. O *Groupe d'Etude de Lymphome d'Adultes* (GELA) conduziu o primeiro estudo randomizado demonstrando o benefício da adição do rituximabe, um anticorpo monoclonal IgG1 quimérico anti-CD20, ao regime quimioterápico CHOP (RCHOP) em pacientes idosos (idade > 60 anos) com LDGCB no diagnóstico.

Uma atualização dos resultados deste estudo, após cinco anos de seguimento, demonstrou que a melhora na resposta ao tratamento observada com a adição do rituximabe mantém-se ao longo do tempo (sobrevida global em cinco anos de 58% vs 45%, $p = 0,0073$). Três outros estudos randomizados confir-

maram este benefício em determinados grupos de pacientes com LDGCB. Os estudos US Intergroup Trial e RICOVER-60 avaliaram o uso do rituximabe e quimioterapia em pacientes idosos, enquanto o estudo MInT avaliou o seu uso em pacientes jovens (< 60 anos) com perfil de bom prognóstico.

Um estudo populacional realizado posteriormente também demonstrou o benefício da adição do rituximabe à quimioterapia em todos os pacientes com diagnóstico novo de LDGCB na província de British Columbia, Canadá. A abordagem de pacientes com LDGCB pode ser dividida em três situações distintas: pacientes com doença localizada, pacientes com doença disseminada e aqueles que apresentam recidiva após remissão inicial. A se-

guir são detalhadas cada uma das situações:

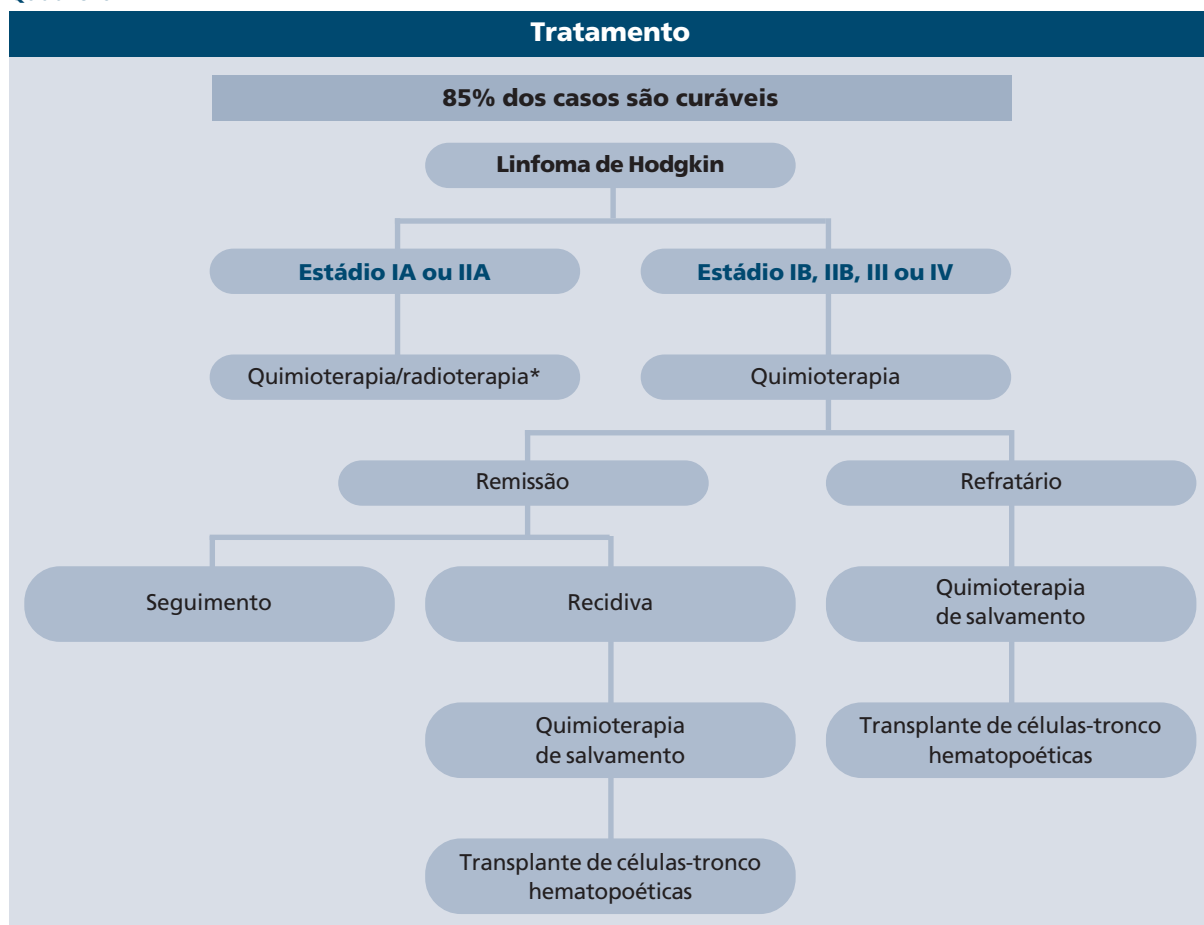
1. Doença localizada

A abordagem atual do paciente com LDGCB localizado (estádio I ou II) recomenda o uso de R-CHOP por quatro ciclos. Se o paciente estiver em remissão completa nesse ponto, deve ser submetido à radioterapia (RT) de campos envolvidos ou dois ciclos adicionais de R-CHOP, baseado na preferência do paciente e localização da doença. Em pacientes com grande massa tumoral "bulky" (>10cm em seu maior diâmetro) com doença localizada, é aconselhável oferecer seis ciclos de R-CHOP, seguidos de RT em campos envolvidos.

2. Doença disseminada

Na década de 70, o regime CHOP

Quadro 6



tornou-se popular nos Estados Unidos e foi consagrado como regime de tratamento padrão para pacientes com linfoma agressivo. Entretanto, na década subsequente, o desenvolvimento de novos regimes de tratamento como M-BACOD, MACOP-B e ProMACE/CytaBOM demonstraram resultados aparentemente muito melhores do que o CHOP. Estes regimes, então chamados de terceira-geração, pareceram representar um avanço importante na terapia até que um grande estudo multicêntrico intergrupos realizado nos Estados Unidos (1993) demonstrou que esses regimes de tratamento não apresentavam nenhuma superioridade sobre o CHOP.

Entretanto, a busca pela otimização da terapia para o LDGCB prosseguiu e, na Alemanha, estudos multicêntricos nacionais demonstraram que a adição de etoposide ao CHOP (CHOEP) melhora a resposta ao tratamento em pacientes jovens, e o CHOP administrado com intervalo de cada 14

dias (CHOP-14) melhora a resposta em pacientes idosos.

Porém, o estudo que trouxe maior impacto e mudou a prática clínica de abordagem do paciente com LDGCB em todo o mundo foi aquele realizado pelo GELA, que comparou o regime CHOP ao mesmo regime com adição do rituximabe em pacientes idosos (mencionado anteriormente), com melhora importante na taxa de resposta, sobrevida livre de progressão e sobrevida global com a adição do anticorpo monoclonal.

A abordagem terapêutica atual para pacientes com LDGCB disseminado fora do contexto de estudos clínicos é o uso de R-CHOP, após iniciar alopurinol (para prevenção de síndrome de lise tumoral, especialmente em pacientes com grandes massas tumorais). Após quatro ciclos, o paciente pode ser submetido a novo estadiamento e, se estiver em remissão completa, deve receber dois ciclos adicionais, e então suspender o tratamento. Se o paciente apre-

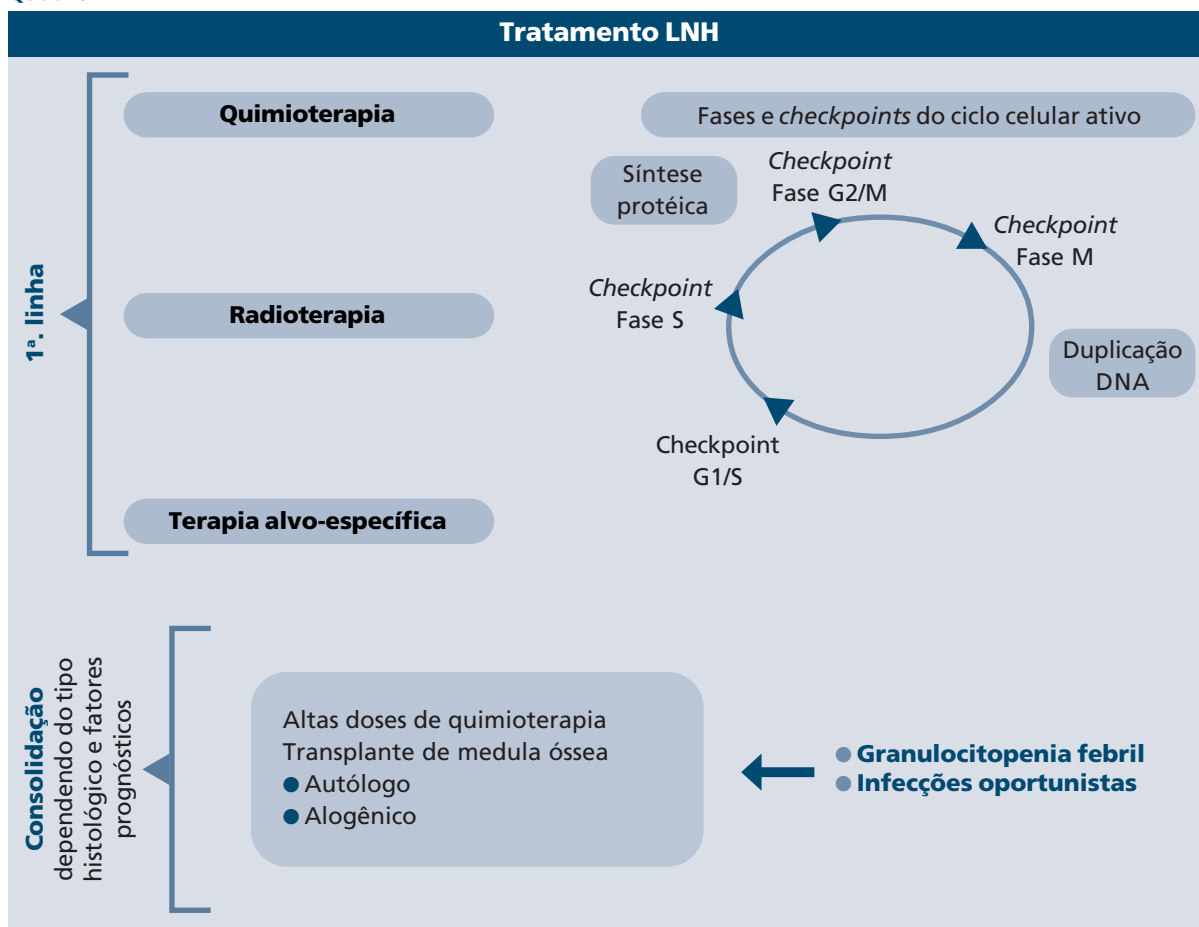
sentar massa “bulky” (> 10 cm em seu maior diâmetro), a RT adjuvante pode ser considerada, se for possível irradiar a região comprometida com segurança. Pacientes que apresentam envolvimento de testículo, seios paranasais ou região epidural ao diagnóstico devem receber concomitantemente profilaxia com metotrexate intratecal.

O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) autólogas têm se mostrado uma terapia eficaz para pacientes com LDGCB. Apesar de haver controvérsias na interpretação dos resultados, o transplante parece beneficiar apenas pacientes de alto risco que atingiram remissão completa após término da terapia padrão de indução.

3. Linfomas Indolentes

Pacientes com doença localizada devem ser tratados com RT local, pois nesse caso a abordagem pode ter potencial curativo. O papel do tratamento adicional com quimioterapia e/ou rituximabe em doença localizada deverá ser melhor defi-

Quadro 7



nido pelos estudos clínicos que estão em andamento. Atualmente, o início do tratamento em pacientes com LF é indicado se houver sintomas B, grandes massas tumorais e/ou esplenomegalia com risco de compressão de estruturas adjacentes, citopenias por comprometimento da medula óssea ou por fenômenos auto-ímmunes secundários (púrpura trombocitopênica imunológica, anemia hemolítica auto-ímmune) e em casos de rápida progressão da doença.

Uma vez indicado o tratamento, pode-se optar entre as várias abordagens terapêuticas disponíveis. Nos LFs, a terapia de primeira linha recomendada é o R-CHOP, baseado em dados recentes demonstrando maior taxa de resposta global, maior duração das respostas, e provável melhora na sobrevida dos pacientes com esta abordagem.

A opção de esquema baseado em agente alquilante àqueles baseados em fludarabina para LF é a mais aceita atualmente devido à maior dificuldade de obtenção de células-tronco hematopoiéticas para uso posterior em pacientes tratados com fludarabina.

Pacientes idosos e/ou com pior "performance status" continuam sendo candidatos à monoterapia com clorambucil. A monoterapia com rituximabe pode ser apro-

priada para pacientes que optam por não receber quimioterapia. A terapia de manutenção com rituximabe deve ser oferecida por pelo menos dois anos (375mg/m² a cada 3 meses por 8 doses) baseado em resultados de estudos clínicos recentes que apóiam este procedimento.

Os TCTH autólogo ou alogênico representam uma abordagem terapêutica alternativa em LF. Algumas das limitações do TCTH autólogo são: alta incidência de recidiva da doença e risco de mielodisplasia secundária. Avanços futuros nesta área devem envolver incorporação de anticorpos monoclonais nos regimes de condicionamento e no período pós-transplante, novas estratégias para purificação das células-tronco e administração de terapia adicional no período pós-transplante.

Seguimento e monitoração das recidivas

O seguimento após o término do tratamento dos LNH é feito por meio de exame físico, avaliação laboratorial e tomografias periódicas (ou PETFDG, se disponível) para diagnóstico precoce de eventuais recidivas. Nos LNH agressivos, as recidivas costumam ocorrer nos primeiros dois anos após o término do tratamento e a detecção precoce é fundamental para a indicação de terapia potencialmente curativa com alta

dose de quimioterápicos (ICE, DHAP) e TCTH autólogo nos pacientes mais jovens.

Os pacientes com LNH indolentes podem apresentar padrão de recidiva constante e progressiva refratariedade ao tratamento, até evoluírem para transformação histológica e LNH refratário de alto grau de malignidade.

Perspectivas

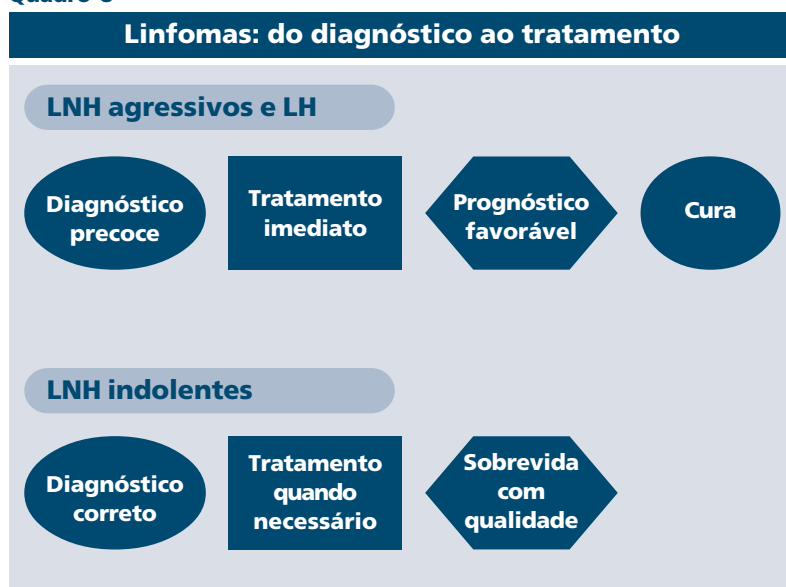
Avanços em exames de imagem, como o PETFDG, poderão modificar a abordagem no estadiamento e re-estadiamento dos pacientes com LNH, a exemplo do que já vem ocorrendo em LDGCB. A melhor compreensão das alterações genéticas e perfis de expressão gênica associadas à fisiopatogenia do LNH podem favorecer o desenvolvimento de terapias-alvo individualizadas. A quimioimunoterapia aumentou a possibilidade de cura em um número significativo de pacientes com LDGCB e este número deve continuar a crescer nos próximos anos.

Apesar dos avanços no tratamento, até recentemente existiam poucas evidências de aumento na sobrevida dos pacientes com LF. Com a associação do anticorpo monoclonal anti-CD20 à quimioterapia, aparentemente houve uma mudança na história natural dessa doença, traduzido no tão esperado impacto na sobrevida global. Assim, alguns pontos necessitam de melhor definição nos próximos anos, em relação ao LF particularmente em relação aos seguintes questionamentos: 1) pacientes assintomáticos devem continuar em conduta expectante ou devem ser tratados ao diagnóstico; 2) qual é a melhor escolha para tratamento de primeira linha; 3) qual o papel da terapia de manutenção e; 4) em que situações indicar o TCTH nessa doença.

Resumindo

Os Quadros 6 e 7 resumem as opções terapêuticas dos LH e LNH. Já o Quadro 8 oferece uma síntese quanto à abordagem dos linfomas, desde o diagnóstico às condutas para o tratamento.

Quadro 8



Bibliografia recomendada

ARMITAGE JO How I treat patients with diffuse large B-cell lymphomas. *Blood*. 2007;110(1):29-36.

DAVE SS, WRIGHT G, TAN B et al. Prediction of survival in follicular lymphoma based on molecular features of tumor-infiltrating immune cells. *N Engl J Med*. 2004; 21:2159-69.

GRIBBEN JG How I treat indolent lymphoma. *Blood*. 2007;109(11): 4617-26.

HANS CP; WEISENBERGER DD; GREINER TC et al. Conformation of the molecular classification of diffuse large B-cell lymphoma by immunohistochemistry using a tissue microarray. *Blood*. 2004;103:275-282

JAFFE ES, HARRIS NL, STEIN H, et al. World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics. Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Lyon, France: IARC Press 2001.

NCCN. National Comprehensive Cancer Network. The complete library of practice guidelines in oncology. Versão 2007. Disponível em <http://www.nccn.org>.

SOLAL-CELIGNY P, ROY P, COLOMBAT P et al. Follicular lymphoma international prognostic index. *Blood* 2004; 104: 1258-65.

SEHN LH, DONALDSON J, CHHANABHAI M, et al. Introduction of combined CHOP plus rituximab therapy dramatically improved outcome of diffuse large B-cell lymphoma in British Columbia. *J Clin Oncol*. 2005;23(22):5027-33.

SEHN LH, BERRY B, CHHANABHAI M, FITZGERALD C, GILL K, et al. The revised International Prognostic Index (R-IPI) is a better predictor of outcome than the standard IPI for patients with diffuse

large B-cell lymphoma treated with R-CHOP. *Blood*. 2007; 109(5):1857-61

SWEETENHAM JW. Diffuse Large B-Cell Lymphoma: Risk Stratification and Management of Relapsed Disease. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2005:252-259.

The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factors Project. A predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med*. 1993; 392: 987-94.

VAN OERS MH, KLASA R, MARCUS RE, WOLF M, KIMBY E, GASCOYNE RD, et al. Rituximab maintenance improves clinical outcome of relapsed/resistant follicular non-Hodgkin's lymphoma, both in patients with and without rituximab during induction: results of a prospective randomized phase III intergroup trial. *Blood*. 2006;108(10):3295-301.

SBI e Roche lançam parceria para detecção precoce de linfomas

O linfoma é a neoplasia com a quarta incidência no mundo. Segundo dados do Inca, em 2009 serão 9.100 novos casos de linfoma no país. Mas este número, se comparado aos países mais desenvolvidos, é muito pequeno. Acredita-se que a incidência no país ainda seja subnotificada porque muitos pacientes acabam morrendo sem saber que tinham a doença.

Pesquisa realizada em 2008 pela Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale) identificou que a média de tempo que um paciente leva para ser diagnosticado com linfoma é de cinco meses. Por apresentarem sintomas muito inespe-

cíficos – como aumento de gânglios, febre, sudorese noturna, perda de peso e fadiga – o diagnóstico do linfoma pode ser impreciso e confundido com o de outras doenças, em especial as doenças infecciosas.

Para aumentar o diagnóstico precoce, não só a população precisa estar informada a respeito da doença, mas principalmente os médicos cujos pacientes podem apresentar a sintomatologia característica da doença. A Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia idealizou uma campanha conjuntamente com a Roche para trabalhar a importância da detecção precoce do linfoma entre as demais especialidades.

A SBI é umas das sociedades médicas que aderiram à campanha “Juntos contra o Linfoma”. A parceria teve o lançamento em Bonito/MS, durante a I Conferência Brasileira de Infectologia Hospitalar, com uma apresentação da médica hematologista da Unifesp, Gisele Colleoni, sobre o tema “Linfoma: do diagnóstico precoce ao tratamento”. A parceria inclui ainda anúncios e artigos científicos nas publicações da SBI, como esta edição especial do *Infectologia Hoje*, e apresentações em eventos regionais e no XVI Congresso Brasileiro de Infectologia que ocorrerá em outubro, em Maceió/AL.

INFECTOLOGIA HOJE Boletim trimestral de atualização técnico-científica da SBI. **Consultora técnica:** Dra. Thaís Guimarães **Editor:** Fernando Fulanetti (MTb 21.186/SP) **Coordenação:** Givalda Guanás **Arte e diagramação:** José Humberto de S. Santos. É permitida a reprodução do conteúdo desta publicação desde que citada a fonte.

DIRETORIA DA SBI (2008/10) **Presidente:** Juvencio José Duailibe Furtado **Vice-Presidente:** Marcelo Simão Ferreira **1º Secretário:** Mauro José Costa Salles **2º Secretária:** Beatriz Grinsztejn **1º Tesoureiro:** Francisco Bonasser Filho **2º Tesoureiro:** Carlos Roberto Brites Alves. **Coordenadores:** João Silva de Mendonça (*Científico*), Thaís Guimarães (*Divulgação*) e Hamilton Antonio Bonilha de Moraes (*Informática*). **Sede da SBI:** Rua Domingos de Moraes, nº 1061 - cj. 114 - CEP 04009-002 - Vila Mariana - São Paulo/SP. Tel/fax: (11) 5572-8958 / 5575-5647. Website na internet: www.infectologia.org.br (*este boletim está disponível no menu publicações*). E-mail institucional: sbi@infectologia.org.br

Esta edição contou com um suporte irrestrito da Roche Brasil

