

regimes de quimioterapia de indução intensiva padrão, o regime 7+3, que combina 7 dias de citarabina em infusão contínua com 3 dias de antraciclina. Por esse razão, tem-se estudado novas opções terapêuticas. O medicamento oral venetoclax em combinação com um agente hipometilante, ou em combinação com citarabina em baixa dose, foi aprovado no Brasil para pacientes recém-diagnosticados com LMA e que são inelegíveis para quimioterapia intensiva. A aprovação foi fundamentada em dados de dois estudos clínicos randomizados - o M14-358, que avaliou venetoclax em combinação com agentes hipometilantes e M14-387, estudo clínico que trouxe resultados de venetoclax em combinação com baixa dose de citarabina. Neste segundo, o protocolo optado para o tratamento do paciente em questão, foi demonstrado que pacientes que receberam venetoclax em combinação com baixa dose de citarabina apresentaram taxa de remissão completa/remissão incompleta de 25,6% e 20,7% respectivamente. Trata-se, portanto, de um caso relevante em que houve remissão com posterior consolidação com TMO em um paciente jovem, de alto risco, submetido a um protocolo de resgate previamente considerado sobretudo para pacientes não elegíveis a quimioterapia de alta intensidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.259>

COAGULAÇÃO INTRAVASCULAR DISSEMINADA E INSUFICIÊNCIA RENAL DIALÍTICA POR PROVÁVEL NEFROPATIA POR LISOZIMAS SEGUIDO POR TRANSPLANTE HAPLO-IDÊNTICO EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA MONOCÍTICA

LFS Dias, MN Kerbauy, LN Kerbauy,
AAF Ribeiro, VJT Lima, AF Silva, JD Agnol,
JZMD Nascimento, AIDD Santos,
N Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo,
SP, Brasil

Introdução: Leucemia mieloide aguda (LMA) é a leucemia aguda mais frequente em adultos, com necessidade de tratamento com prontidão em virtude da alta morbimortalidade. Entre as complicações mais temidas está a insuficiência renal aguda (IRA) e a coagulação intravascular disseminada (CIVD), a qual apresenta mortalidade acima de 50%. **Objetivos:** Descrever caso clínico desafiador de paciente com LMA com CIVD e evolução para IRA dialítica que foi submetido a transplante alogênico (TCTH). **Relato de caso:** Homem de 64 anos foi admitido com febre, gengivorragia, epistaxe e moscas volantes há 1 semana. Exames laboratoriais evidenciaram Hb 13,1 g/dL, leucócitos $37.960 \times 10^9/L$, com 65% de blastos com morfologia monocítica, plaquetas $23.000 \times 10^9/L$, INR 2,29, fibrinogênio 50 mg/dL e tromboelastograma incoagulável. Medula óssea foi compatível com LMA monocítica, com 81% de blastos. Exames detectaram: trissomia do RUNX1T1, mutação do NPM1, trissomia do cromossomo 8 e o ganho do 1q. Tomografia de crânio mostrou hemorragia subaracnoidea. Paciente recebeu vitamina K, fibrinogênio, plasma e crioprecipitado devido quadro de coagulopatia. Foi iniciado protocolo de indução com citarabina e idarubicina (3+7). Logo após

início de citarabina, apresentou piora rápida da função renal, sem outros exames compatíveis com lise tumoral, com indicação de hemodiálise contínua. Não foi realizada biópsia renal em virtude da coagulopatia. Paciente persistiu com doença residual mínima (DRM) detectável após 2 terapias de indução com 3+7, alcançando DRM negativa somente após receber Decitabina 20 mg/m^2 por 3 dias associado a Venetoclax 400 mg/dia contínuo. Foi submetido a TCTH haploidentico, com fonte de células periféricas, sendo o filho o doador. Realizou condicionamento com Irradiação medula total 6Gy (D-8 e D-7), Bussulfano (com AUC de 4800 nos D-5 e D-4), Fludarabina ajustada para função renal (24 mg/m^2 D-6 a D-4), com realização de dialise estendida 6h após infusão de Fludarabina e Ciclofosfamida (50 mg/kg D+3 e D+4). As doses das medicações foram ajustadas para a função renal: ciclofosfamida foi reduzida em 25%, Fludarabina foi reduzida em 20% e a dose de Bussulfano foi calculada conforme dosagens séricas. A ação da Fludarabina dura 6 horas, com formação do metabólico neurotóxico após esse período, portanto as diálises eram estendidas e programadas para ocorrer 6 horas após a Fludarabina. Paciente apresentou síndrome de liberação de citocinas, com melhora após ciclofosfamida no D+3. A profilaxia para doença do enxerto contra hospedeiro foi feita com Micofenolato Mofetil e Tacrolimus. Apresentou enxertia neutrofilica no D+17. Avaliação medular do D+60 pós transplante apresentava DRM e NPM1 negativos, com 100% de quimerismo. **Conclusão:** Descrevemos o quadro de homem com LMA que evoluiu com CIVD e IRA dialítica provavelmente relacionada à liberação pelos monócitos de lisozima, enzima causadora de injúria tubular tóxica. Apesar das complicações, o tratamento foi particularizado, com desfecho favorável, estando o paciente no D+90 pós TCTH em remissão da leucemia. **Palavras-chave:** Leucemia Monocítica Aguda; Diálise; Lisozimas; Coagulação Intravascular Disseminada; Transplante Alogênico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.260>

DETECÇÃO DE INFILTRAÇÃO RETINIANA EM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA AGUDA (LLA) POR CITOMETRIA DE FLUXO

RNS Antunes^a, JT Fukasawa^a, DC Aguiar^a,
MBBF Messias^a, GH Rodrigues^a, JVV Costardi^b,
B Carvalho^c

^a Laboratório de Citometria de Fluxo, Departamento
de Atenção à Saúde em Hemoterapia (DASHEMO),
Hospital das Clínicas (HC), Faculdade de Medicina
de Marília (FAMEMA), Marília, SP, Brasil

^b Hematologia, Santa Casa de Misericórdia de
Marília, Marília, SP, Brasil

^c Ambulatório de Oncohematologia Infantil,
Departamento de Atenção à Saúde em Hemoterapia
(DASHEMO), Hospital das Clínicas (HC), Faculdade
de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, SP,
Brasil

Introdução: A LLA é a neoplasia mais frequente na infância, correspondendo a 30-35% dos casos de câncer neste segmento, sendo 4 vezes mais frequente que a Leucemia



Mielóide Aguda com maior incidência entre 2 e 5 anos de idade. O envolvimento ocular pode ser causado por infiltrado leucêmico direto ou secundário a anormalidades vasculares tumor induzidas ou mesmo ao tratamento antileucêmico. O diagnóstico precoce através de técnicas laboratoriais adequadas como a citometria de fluxo associada a avaliação oftalmológica se faz importante para a redução de complicações oculares que podem levar à sequelas em pacientes com alta expectativa de vida. **Objetivo:** Reportar caso de hifema por infiltrado leucêmico detectado por citometria de fluxo em paciente com recaída de LLA. **Metodologia:** Paciente do sexo masculino, 5 anos, portador de LLA de células B IV (EGIL) com tratamento realizado de junho a dezembro de 2019. No início do quadro apresentava nódulos subcutâneos em crânio e linfadenopatia cervical, evoluindo enquanto aguardava biópsia, para pancitopenia. Avaliação medular com diagnóstico imunofenotípico de LLA-B IV sem infiltração líquórica na ocasião do tratamento. Permaneceu em remissão e sem evidência de doença até junho de 2020, quando voltou a apresentar infiltração de pele, medular e líquórica pela mesma doença. Pais recusaram tratamento com intenção curativa e paciente foi mantido em quimioterapia paliativa, chegando a atingir remissão citológica em março de 2021. Em julho de 2021 retorna com dor ocular esquerda, caracterizando presença de hifema na avaliação oftalmológica, além de recidiva medular, sem comprometimento líquórico. Foi realizado punção de câmara anterior de olho esquerdo, cerca de 200 μ L do aspirado foi encaminhado para imunofenotipagem acondicionado com solução preservante. O resultado evidenciou presença de população precursora de células B anômala apresentando os marcadores CD19+/+, CD38+, CD45+, CD10+ em parte da população e ausência de expressão de CD20. Paciente foi reinduzido com dexametasona, doxorubicina, vincristina e ciclofosfamida, além de tripla quimioterapia intratecal, apresentando resposta clínica. Não apresenta déficit visual até o momento. **Conclusão:** O uso técnicas sensíveis, acuradas e que fornecem resultados rápidos tal como a imunofenotipagem por citometria de fluxo permite intervenção precoce de suma importância principalmente em casos onde o material de estudo é escasso e o resultado reflete diretamente no prognóstico e manejo do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.261>

DIAGNÓSTICO INTEGRADO DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA COM DIFERENCIAÇÃO BASOFÍLICA: RELATO DE CASO

F Spagnol, MG Farias, ET Calvache, VB Santana, PG Schaefer, MM Burin, EW Gomez, M Riegel, CS Weber, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Na classificação da Leucemia Mielóide Aguda (LMA), as características imunofenotípicas e anormalidades genéticas não apenas fornecem critérios objetivos para o

diagnóstico, mas também possibilita a identificação de antígenos e alterações moleculares que podem ser direcionados para terapia personalizada. **Objetivo:** Relatar um caso de leucemia promielocítica aguda (LPA) com diferenciação basofílica mostrando a importância da integração clínico-laboratorial na elucidação de casos complexos e raros como este, fundamental na escolha terapêutica correta. **Relato do Caso:** Paciente masculino, 44 anos, previamente hígido, apresentou astenia, adinamia e perda de 14 kg em 2 meses. Exames laboratoriais identificaram pancitopenia, basofilia e presença de blastos no sangue periférico sem alterações significativas, nos demais exames, inclusive de coagulação. O mielograma revelou 27% de blastos polimórficos, tamanho grande, baixa relação núcleo/citoplasma, granulação citoplasmática, cromatina frouxa e nucléolos evidentes; basofilia e presença de promielócitos hipogranulares. A imunofenotipagem (IF) detectou 55% de células mielóides imaturas com maturação basofílica, e uma população de 12% de promielócitos anômalos. O imunofenótipo foi sugestivo de Leucemia Basofílica Aguda (LBA). A biópsia da medula óssea (BMO) evidenciou celularidade aumentada com proliferação multifocal de blastos com nucléolo inconspícuo e figuras de mitose atípicas. O perfil imuno-histoquímico e aspectos histopatológicos, foi compatível com LMA. A IF e a BMO sugeriram o diagnóstico diferencial molecular/citogenético de LPA. Após discussão dos achados, ausência de clínica compatível com a coagulopatia deflagrada pela LPA e levando em consideração o performance status 0 (ECOG), foi iniciada quimioterapia de indução com o esquema 7+3, sem complicações com avaliação da resposta em primeira remissão (CR1). Com o resultado do PML-RARa detectado, cariótipo 46,XY,t(15;17)(q24;q21) e rediscussão do caso com as equipes multidisciplinares envolvidas, foi possível concluir o diagnóstico final de LPA variante (LPAv) com diferenciação basofílica de risco intermediário (Pethema/APL 2006) e baixo risco (NCCN). O paciente foi alocado para tratamento conforme o protocolo IC-APL 2006 com avaliação no final da consolidação mantendo-se em CR1 e remissão molecular. Atualmente encontra-se na fase de manutenção, com remissão molecular e morfológica. **Discussão:** A basofilia na LPA é descrita no diagnóstico e/ou associada ao tratamento, sendo motivo de discussão quanto a origem clonal vs reacional. Essa alteração pode ocorrer em até 1/3 dos pacientes com diagnóstico de LPA e está associada a maior risco de sangramento e pior sobrevida. Este caso permite destacar o cenário na rotina hematológica, onde os achados da medula óssea na ausência de manifestações clínicas típicas foram determinantes. Enfatiza-se a relevância da disponibilidade nas pesquisas moleculares com vista à melhor acurácia diagnóstica nos casos complexos e estratificação de risco conforme recomendado pelas diretrizes internacionais. **Conclusão:** O presente relato enfatiza a importância da integração entre diversas especialidades que compõe a clínica e técnicas distintas em um âmbito de discussões, resultando em um contexto final no diagnóstico correto e individualizado das doenças oncohematológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.262>

