

**Objetivo:** Evidenciar a importância da assistência de enfermagem em paciente com leucemia promielocítica aguda (LPA). **Material e métodos:** Trata-se de um relato de caso, com enfoque na assistência de enfermagem. **Resultados:** Paciente feminina, 49 anos, encaminhada à Hematologia do HA com metrorragia e equimoses há três meses, sendo diagnosticada em março/2016 com LPA. Realizada indução com ácido all trans retinóico (ATRA) e daunorrubicina, três ciclos de consolidação e dois anos de manutenção, com PML-RARa negativa desde indução. Em maio/2021, apresentou novamente metrorragia com hemograma e PML-RARa confirmando recidiva. Internou para segunda linha de tratamento com ATRA, daunorrubicina e trióxido de arsênio (ATO). Durante a internação necessitou de múltiplas transfusões para correção de coagulopatia e citopenias. Apresentou acidente vascular cerebral isquêmico e infecção do trato urinário. Após resposta com PML-RARa indetectável, foi submetida a consolidação com ATRA+ATO e encaminhada para transplante autólogo de medula óssea. Atualmente em segunda remissão completa em acompanhamento ambulatorial e monitorização bimestral do PML-RARa. **Discussão:** LPA é um subtipo da leucemia mieloide aguda (LMA) conforme classificação da Organização Mundial da Saúde, caracterizada pela translocação t(15;17), que tem como resultado a proteína de fusão PML-RARa. Tal mutação resulta no bloqueio de maturação celular levando ao acúmulo de promielócitos anômalos na medula óssea. Observamos pancitopenia e coagulopatias, levando a quadros de sangramentos e eventos tromboembólicos, acarretando em mortalidade precoce. O ATRA transpõe o bloqueio do receptor do ácido retinóico favorecendo a maturação celular. Concomitantemente o antracíclico e ATO induzem apoptose celular. Durante a internação é importante a monitorização de sinais e sintomas que possam levar ao diagnóstico precoce de eventos hemorrágicos e tromboembólicos, tais como cefaleia, alterações de visão, nível de consciência, sangramentos mucocutâneos e alterações de sinais vitais. A enfermagem apresenta um papel essencial, no que tange aos efeitos adversos das medicações. Exames laboratoriais frequentes são necessários para avaliar necessidade transfusional e toxicidades. Em relação ao ATO, as disfunções cardíacas devem ser monitorizadas com eletrocardiograma, pois pode levar a alterações dos eletrólitos e consequente prolongamento do intervalo QT, causando taquiarritmias, vertigens, síncope e mal súbito. Em relação ao ATRA, devemos nos atentar para a possibilidade de síndrome de diferenciação, observando dispneia, ganho de peso, cefaleia, alterações cutâneas, entre outros. Em relação ao antracíclico devemos lembrar do efeito cardiotoxico e cuidados infusionais, por ser vesicante. Vigilância infecciosa é imprescindível, pois comumente os pacientes com diagnóstico de LMA apresentam quadros agudos de infecção e podem evoluir para sepse se não manejados de forma adequada. **Conclusão:** O paciente com LPA necessita de cuidado multiprofissional sendo a enfermagem um importante ator deste processo, identificando e comunicando precocemente sinais e sintomas sugestivos de complicações durante o diagnóstico e tratamento, aumentando assim as chances de sucesso.

## MANEJO DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA EM FASE BLÁSTICA COM DIFERENCIAÇÃO BASOFÍLICA EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ: RELATO DE CASO

LV Carvalho, AGT Mello, ACA Maia, RCB Melo, EM Rego, V Rocha, FS Seguro

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Leucemia basofílica aguda é subtipo raro de leucemia aguda e corresponde a menos de 1% dos casos. Em geral surge a partir de doença preexistente, como leucemia mieloide crônica (LMC). Predominam as manifestações clínicas histaminérgicas secundárias a degranulação de basófilos como rash cutâneo, úlceras pépticas e anafilaxia. **Objetivos:** Relato de caso de paciente com LMC em fase blástica basofílica e manejo sem suporte transfusional em paciente Testemunha de Jeová (TJ), no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo- ICESP). **Materiais e métodos:** Revisão de dados clínicos, de imagem e laboratoriais de prontuário. **Resultados:** Mulher, 58 anos, há 11 anos diagnosticada com LMC em fase acelerada, fazia uso de imatinibe 400 mg, em resposta molecular maior. Em junho/2021, abriu quadro de astenia e dor abdominal, diarreia, vômitos e febre. Exames mostraram hemoglobina (Hb) de 8,8 g/dL, leucócitos de 22.320/mm<sup>3</sup>, com 16% de blastos e 54 mil/mm<sup>3</sup> plaquetas. Realizada endoscopia que mostrou esofagite erosiva, pangastrite e úlceras gastroduodenais. A basofilia estava presente tanto em sangue periférico (40%) quanto em medula óssea (38,8%). Miograma com 25,6% de blastos com padrão de citoplasma intensamente basofílico e granulações grosseiras. A imunofenotipagem demonstrou 68,3% células com expressão de CD7++, heterogêneo/ CD11b++/ CD13 heterogêneo/ CD33++/ CD38++/ CD45++/ CD117par (36,6%)/ CD123+++, favorecendo o diagnóstico de LMC em fase blástica com diferenciação basofílica. BCR-ABL quantitativo de 1193%, com achado de mutação E450G do gene ABL. A paciente apresentou episódio de sibilância e edema de glote espontâneo, sugerindo reação anafilática secundária à basofilia, revertido com adrenalina, corticóide e anti-histamínicos. Não havia disponível dosagem de triptase em nosso serviço. Apresentou queda de Hb e plaquetas para 5,9 e 12.000. Iniciou tratamento com dasatinibe 40mg, dose reduzida, visando evitar piora de citopenias. Evoluiu com derrame pleural novo e piora progressiva, sendo necessário suspender dasatinibe, com posterior reintrodução em dose de 20mg e progressão gradual para 60mg. Não recorreu derrame pleural. O manejo envolveu antagonistas histaminérgicos e antileucotrienos (sem novos episódios de anafilaxia), além de eritropoietina, ácido tranexâmico e fitomenadiona, e foi possível evitar completamente transfusão de hemocomponentes. Evolui atualmente com resposta hematológica completa (em maio/2022: Hb 12 Leucócitos 7920 (1,5% basófilos) plaquetas 280 mil, BCR ABL quantitativo de 0,76%). Feita troca do dasatinibe por nilotinibe devido a desabastecimento da medicação, mantendo boa tolerância. **Discussão e conclusão:** Trata-se de um quadro de leucemia basofílica aguda com várias complicações histaminérgicas, cujo tratamento envolve uso de ITK e consolidação com quimioterapia intensiva e transplante alogênico, os quais não foram

considerados pela impossibilidade de transfusões. Nosso caso soma à literatura o relato de doença rara e com manejo peculiar, pela necessidade de respeitar limitações ao uso de hemocomponentes de acordo com a religiosidade da paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.277>

#### RELATO DE CASO: LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM PACIENTE TESTEMUNHA DE JEOVÁ

EW Corrêa, CS Weber, AA Paz, T Callai,  
F Dortzbacher, V Predebon, VR Siqueira,  
XH Condori, RS Ferrelli, ET Calvache

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

**Introdução:** O tratamento das leucemias agudas em pacientes Testemunhas de Jeová é desafiador em função da não aceitação da transfusão de sangue e de hemoderivados no contexto de uma insuficiência medular causada pela doença e agravada pelo tratamento. Diversas estratégias são discutidas, no entanto não há consenso baseado em evidências clínicas de qualidade para o tratamento adequado desses pacientes. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 68 anos, Testemunha de Jeová admitida em Hospital Terciário em Porto Alegre, por pancitopenia com blastos em sangue periférico (Hemoglobina: 11,1 g/dL Leucócitos: 3540/mm<sup>3</sup> com 10% blastos, Plaquetas: 111.000/mm<sup>3</sup>), assintomática. Investigação de medula óssea revelou 88% de blastos com morfologia sugestiva de leucemia promielocítica aguda (LPA), sendo iniciado tretinoina 45mg/m<sup>2</sup>/dia até liberação da pesquisa PML-RARA e cariótipo. No 13° dia o retinoide foi suspenso pela pesquisa negativa da PML-RARA e cariótipo normal, sendo proposto quimioterapia paliativa com citarabina subcutânea em dose reduzida. No 14° dia a paciente apresentou dor abdominal onde tomografia de abdome revelou espessamento parietal indeterminado no ângulo esplênico promovendo suboclusão intestinal, equipe cirúrgica indicou desvio de trânsito com confecção de ostomia, porém em função da plaquetopenia 43.000/mm<sup>3</sup> e recusa de transfusões o procedimento não foi realizado. A paciente evolui com melhora dos sintomas com manejo clínico, recebendo alta com plano de cuidados paliativos, sendo contraindicado quimioterapia. Retornou ao hospital 5 dias após a alta por quadro oclusivo, sem possibilidade cirúrgica pela plaquetopenia, evoluindo a óbito no 4° dia da internação. **Discussão:** O caso descrito foi singular em função da apresentação simultânea de leucemia aguda em paciente não candidata a quimioterapia curativa e obstrução intestinal, onde o suporte transfusional não pode ser realizado em função da crença religiosa. Para essa população, o uso de fatores de crescimento plaquetário e eritroide, a reposição de estoques de ferro, ácido fólico e vitamina B12 além da obtenção de menores amostras de sangue para a realização de exames fazem parte da estratégia para minimizar as necessidades transfusionais. Também é importante abordar o paciente em relação aos subtipos de hemoderivados, dado que conforme sua crença religiosa alguns subprodutos, como fibrinogênio e crioprecipitado, poderão ser

utilizados. Em relação ao tratamento oncológico, o uso de doses reduzidas dos agentes quimioterápicos convencionais é uma das estratégias terapêuticas apresentando resultados variáveis. Alguns autores indicam azacitidina que pode promover a remissão completa em 10-35% dos pacientes com citopenia, reduzindo a necessidade de transfusões. Sabe-se que o resultado do tratamento dos pacientes Testemunhas de Jeová com dose quimioterápica reduzida para diminuir a necessidade de transfusões é inferior aos grupos controle das leucemias agudas e o desenvolvimento de terapias alvo poderá trazer novas perspectivas para esse grupo de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.278>

#### TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET) COM INVASÃO MACIÇA EM MEDULA ÓSSEA SIMULANDO LEUCEMIA AGUDA: RELATO DE CASO

ALRAC Sipolatti, RMC Alves, PADSBA Matos,  
SS Marcondes, MDD Santos, MP Araújo,  
JPA Frechiani, GR Abreu, DJ Hadad,  
V Belisário-Filho

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

**Objetivos:** Sabe-se que os tumores neuroectodérmicos primitivos (PNETs) são tumores raros envolvendo o sistema nervoso central, ossos ou tecidos moles, com pico de incidência na adolescência. O PNET é um tumor extremamente agressivo cuja sobrevida livre de doença em 2 a 3 anos varia de 25 a 60%. Cerca de 30% dos pacientes apresentam metástase no momento do diagnóstico. O prognóstico varia de acordo com sítio acometido e a extensão da doença ao diagnóstico. O objetivo é relatar um caso raro de PNET, avaliado pela hematologia, com hipótese diagnóstica inicial de leucemia aguda. **Materiais e métodos:** Coleta dos dados clínicos da paciente nas Unidades de Clínica Médica e Hematologia do HUCAM, bem como o levantamento em prontuário dos resultados de provas laboratoriais e exames especializados. **Resultado:** Paciente do sexo feminino, 19 anos, admitida no hospital com plaquetopenia grave. A paciente relatava mialgia, cefaleia e calafrios que iniciaram após a terceira dose da vacinação para Covid, evoluindo 2 dias após com o surgimento de equimoses em membros e metrorragia. Ao exame físico apresentava-se levemente pálida, afebril, com sangramento cutâneo, sem linfonodomegalias periféricas ou visceromegalia. Os exames iniciais revelaram uma anemia normocítica (Hb-10.5g/dl), leucócitos-8200/mm<sup>3</sup>, plaquetopenia (12000/mm<sup>3</sup>), aumento de desidrogenase láctica (DHL-4550), beta HCG negativo. A morfologia inicial do sangue periférico não revelou alterações leucocitárias, porém o mielograma mostrou uma infiltração intensa da medula óssea por células com características imaturas, compatível com células blásticas. À imunofenotipagem estas células eram negativas para CD45, e para os marcadores de linhagens mieloide, linfóides B e T, e células dendríticas, e positivas para CD56. O diagnóstico final foi de um tumor