

DRM poderia antecipar a recaída em casos semelhantes. **Conclusão:** Relatamos um caso de paciente jovem com diagnóstico de LLA B, apresentando fatores de bom prognóstico e avaliação de DRM negativa após 4 anos de doença, que evoluiu com recidiva clínica. Alguns pacientes podem apresentar recidiva apesar da DRM negativa, o que pode ser explicado pela evolução clonal e presença de diferentes marcadores na doença recidivada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.296>

LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA DE CÉLULAS T, NÃO TÍMICA, COM DIABETES MELLITUS AO DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO

JA Mozini^a, RC Bressa^{a,b}, JAN Bressa^{a,b}

^a Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

^b Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: A leucemia linfoblástica aguda de células T acometem comumente crianças e adultos até os 40 anos, tendo uma incidência significativamente maior nos primeiros, de 25%. Essa entidade é resultante de uma proliferação clonal de precursores linfóide anormais, na medula óssea. Células essas, que quando testadas, expressavam CD1a, CD2, CD3 de superfície, CD4, CD5, CD8, CD62L, CD57 e α/β e γ/δ de superfície. Há uma alta prevalência de pré-diabetes e DM2 em sobreviventes da LLA. Acontecendo isso tanto pelo aumento dos fatores de risco para desenvolvimento futuro, tanto devido complicações do tratamento. Neste último caso, bastante relacionado ao uso de L-asparaginase, podendo se manifestar como um quadro de diabetes mellitus adquirida/tipo 2, como pancreatite e cetoacidose diabética. O caso clínico em questão desperta interesse e relata raridade, pois há associação de diabetes mellitus, de uma forma incomum, ao diagnóstico e não como complicação terapêutica. **Materiais e métodos:** Levantamento de prontuário, descrição e discussão de relato de caso com revisão bibliográfica em bancos de dados (LILACS, Cochrane, PubMed). **Resultados:** MVCM, masculino, 21 anos, chega ao pronto-socorro de um hospital do interior de São Paulo com queixa de sudorese noturna, perda ponderal, polifagia, polidipsia e adenomegalias disseminadas aproximadamente 3,0 cm em axilares, cervicais anteriores e profundas há aproximadamente 30 dias. Apresentava hiperglicemia com difícil controle com dose alta de insulina. Hemoglobina glicada 15%, com glicemia média de 380 mg/dL. Tomografias com linfonodos mediastinais, retroperitoneais, axilares, cervicais e esplenomegalia, sem alterações topografia pancreática. Ressonância de abdômen apenas linfonodos aumentados e esplenomegalia, sem compressões das vias biliares. Hemograma com leucocitose a custas de linfócitos com aumento progressivo (em poucos dias estava com 80.000 leucócitos) e imunofenotipagem compatível com LLA-T (CD34, TdT (nuclear), CD99, CD3 (citop), CD3 (sup)*, CD7, CD81, CD38, CD44, CD2, CD8, CD5). Iniciou tratamento com esquema quimioterápico GMAAL, evoluindo com neutropenia febril e abscesso glúteo com resolução após antibioticoterapia. No

momento está realizando segunda consolidação e com a hiperglicemia controlada desde o término da fase de indução. Paciente é órfão e segue tratamento com procura de doador de medula óssea para realizar transplante não aparentado. No momento em remissão completa com DRM negativa e imunofenotipagem normal. **Discussão:** A LLA de células T teve um avanço terapêutico importante nos últimos 50 anos, sendo transformada de uma doença potencialmente fatal, para uma taxa de cura de 90%, em países desenvolvidos³. Além de empolgante, essa estatística é crucial para pensar na longevidade desses doentes, tendo em vista que a maioria desenvolve uma ou mais condições médicas relacionadas ao tratamento durante a vida. O caso relata quadro clínico agravante com hiperglicemia como manifestação associada a leucemia. Isso faz alerta para diagnóstico diferencial e heterogeneidade das leucemias T. **Conclusão:** A heterogeneidade clínica das leucemias agudas exige atenção as complicações que podem levar a morbidade e mortalidade antes mesmo do tratamento. Os pacientes devem ser estimulados a participar de estudos clínicos e o médico deve individualizar o tratamento para obter o melhor resultado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.297>

HIPOGLICEMIA ASSOCIADA AO USO DE ASPARAGINASE EM TERAPIA DE INDUÇÃO PARA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: RELATO DE CASO

AMC Sousa, FS Azevedo, PL Zenero,

AAGS Brandão, EM Rego, V Rocha

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

Objetivos: A asparagina é um aminoácido não essencial com participação no metabolismo e divisão celular. A asparaginase (L-Asp) é uma enzima com potencial antitumoral porque reduz a asparagina sintetizada pelas células leucêmicas, sendo utilizada nos protocolos pediátricos de leucemia linfoblástica aguda (LLA). No entanto, a L-Asp é associada a eventos adversos: coagulopatia, pancreatite aguda, reação de hipersensibilidade, hepatotoxicidade e disglycemias. Apresentamos um caso de adulto jovem diagnosticado com LLA que desenvolveu hipoglicemia induzida por asparaginase peguila (Peg-asparaginase) no serviço de Hematologia HCFMUSP. **Material e métodos:** Coleta de dados de prontuário clínico e revisão de literatura. **Resultados:** Masculino, 28 anos, diagnóstico de LLA-T cortical, com infiltração de sistema nervoso central, apresentação clínica com hemoglobina 6,9 g/dL, leucometria 285 mil/mm³ com 248 mil/mm³ de blastos e plaquetometria 50 mil/mm³. Iniciou a pré-fase com prednisona 60 mg/m²/dia por sete dias, com episódios de hiperglicemia associada a corticoide. A terapia de indução com BFM 86 adaptado com início em 21 de maio de 2022, o qual inclui prednisona 60 mg/m² do dia 1-14, com desmame até suspensão no D28, além de vincristina e daunorrubicina nos dias 1, 8, 15, 22 e Peg-Asparaginase 2000 UI/m² nos dias 12 e 26. Cinco dias após a infusão da Peg-asparaginase desenvolveu hipoglicemia de jejum (54 mg/dL) sintomática. Devido persistência das

hipoglicemias em vigência do infusão intravenosa de solução glicosada, aventada hipótese de hiperinsulinismo, e coletada glicemia sérica, insulina e peptídeo C no momento da hipoglicemia, os respectivos resultados são: 51 mg/dL (70 - 99 mg/dL), 379,4 μ U/mL (2,6 - 24,9 μ U/mL) e 23,53 (1,1 a 4,4 ng/mL). Os exames de função renal, hepática e tireoidiana sem alterações. O mesmo persistiu com hipoglicemia apesar de terapia otimizada com solução glicosada e refeições regulares, glicemia de jejum entre 51 e 70 mg/dL do dia 17-31 do protocolo de quimioterapia. Após 20 dias da primeira aplicação da Peg-asparaginase houve normalização da glicemia, quando foi instituído desmame lento de prednisona. Paciente recebeu alta no dia 35 do ciclo de quimioterapia para seguimento de protocolo ambulatorial. **Discussão:** O uso da L-asp em protocolos de quimioterapia de inspiração pediátrica em adultos jovens melhorou os desfechos da LLA nesta população, porém são conhecidos os efeitos colaterais secundários a sua aplicação. O primeiro relato de hipoglicemia induzida pela L-asp data de 2012, e posteriormente uma casuística indiana com 146 pacientes evidencia incidência de 11,6% desta complicação, sendo a mesma mais prevalente na população infantil, não limitante para o uso da droga, associado a hiperinsulinemia e reversível com sua suspensão. Diante do exposto, observa-se a relação temporal entre a aplicação da Peg-asparaginase e o desenvolvimento de hipoglicemia, sem outro fator causal. **Conclusão:** Apesar da extrema importância da asparaginase em protocolos de quimioterapia, a sua aplicação deve ser monitorizada, com contraindicações e complicações que devem ser prontamente reconhecidas pela equipe de assistência.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.298>

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS
PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM
LEUCEMIA AGUDA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ALBERTO
ANTUNES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS (HUPAA/UFAL)**

DDG Cunha, LA Pereira, LSVB Melo, JPAS Netto,
TTM Moura, MCA Silva

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
(HUPAA), Universidade Federal de Alagoas (UFAL),
Maceió, AL, Brasil

Objetivo: Definir o perfil dos pacientes com diagnóstico de leucemia aguda (LA) no HUPAA/UFAL, sua mortalidade e identificar os fatores de prognóstico mais relevantes nesta população. **Material e métodos:** Estudo observacional, transversal e retrospectivo, realizado a partir de dados dos prontuários de pacientes no período entre 01/01/2016 e 01/01/2022. Comparações entre grupos foram realizadas por meio de teste T de student, Mann-Whitney, qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, de acordo com as variáveis e sua distribuição. O método de Kaplan-Meier foi usado para análise de sobrevida e a comparação entre grupos foi realizada com teste log-rank (software Jamovi v2.3.13). **Resultados:** O grupo foi composto de 81 pacientes (LMA, 56 [69,1%] e LLA, 25 [30,9%]).

A mediana de idade no grupo da Leucemia Mieloide Aguda (LMA) foi de 48,5 anos e de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) de 33 anos. Nos dois grupos, predominavam o sexo masculino (LMA, 29 [51,8%] e LLA, 15 [60%]), a raça parda (LMA, 50 [89,3%] e LLA, 21 [84%]) e ausência de obesidade ao diagnóstico (LMA, 48 [88,9%] e LLA, 19 [82,6%]). O principal subtipo diagnosticado na LLA foi o B (8 [64%]) e na LMA foi o de LMA com componente monocítico (23 [41,4%]). A maioria dos pacientes apresentavam cariótipo de prognóstico intermediário (LMA, 35 [62,5%] e LLA, 12 [52,2%]). Dos pacientes diagnosticados com LMA e LLA, 51 (91%) e 22 (91,7%) realizaram quimioterapia, respectivamente. Em relação ao transplante 6 (10,7%) pacientes com LMA e 4 (16%) com LLA realizaram TMO. Dos 81 pacientes da amostra, 63 (77,8%) faleceram (LMA, 42 [75%] e LLA, 21 [84%]). A principal causa de óbito foi infecção em ambos os grupos (LMA, 25 [59,5%] e LLA, 13 [61,9%]). A mortalidade precoce (dentro dos 60 primeiros dias do diagnóstico) foi de 48,2% no grupo da LMA e 24% da LLA. A sobrevida média em 1 e 2 anos foi inferior a 50% e 30%, respectivamente, nos dois grupos (Log-rank 0.719). No grupo da LMA, estiveram associados a redução da mortalidade: idade inferior a 50 anos ($p < .001$; OR 0.0473 [0.00564-0.397]) e o subtipo LMA promielocítica (p 0.021; OR 0.189 [0.0422-0.851]). O tempo superior a 7 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento apontou para uma tendência de maior mortalidade (p 0.045; OR 4.10 [0.976-17.2]). Já no grupo da LLA, a idade inferior a 50 anos não mostrou impacto significativo na mortalidade (p 0.184; OR 1.63 [0.190-13.9]). **Discussão:** Identificamos uma alta taxa de mortalidade precoce e mortalidade associada a infecção nos portadores de LA tratados no HUPAA/UFAL. Para os portadores de LMA, idade acima de 50 anos mostrou associação significativa, assim como parece haver uma tendência a aumento de risco de óbito em pacientes com retardo no início de tratamento. Este intervalo elevado tem como a principal explicação a quantidade limitada de leitos. Os portadores de LMA promielocítica apresentaram melhores taxas de sobrevida, mas ainda consideravelmente inferiores aos da literatura. **Conclusão:** O presente estudo é o primeiro a descrever dados dos pacientes com LA tratados no Estado de Alagoas e revela os primeiros 6 anos de experiência do HUPAA/UFAL. As altas taxas de mortalidade precoce e óbito decorrentes de infecção apontam para a necessidade de implementação de medidas mais efetivas de controle de infecção em nosso serviço.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.299>

**ESTUDO DO PAPEL DE DNMT3A E TDT NA
PROMOÇÃO DE MUTAÇÕES EM FLT3 E NPM1
NA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA**

AKA Damasceno ^a, HFA Bouzada ^a, TF Aguiar ^b,
M Schramm ^c, FV Mello ^d, MM Lins ^e, M Ikoma ^f,
M Emerenciano ^a, BA Lopes ^a

^a Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio), Rio de Janeiro, RJ, Brasil