

obra. Dados da literatura mostram que os valores de DRM mensurados por NGS tem alta correlação com dados obtidos por qPCR. O qPCR, entretanto, parece dar mais falsos positivos do que o NGS, especialmente em se tratando de valores muito baixos de DRM ($< 5 \times 10^{-5}$). **Conclusão:** Nossos resultados, embora interinos, mostram que a avaliação prospectiva da DRM pelo sequenciamento gênico é factível e permite identificar grupos de pacientes com SLE significativamente diferente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1062>

IMPACTO DO USO DE IDARRUBICINA NA TERAPIA DE INDUÇÃO DA LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA DE ACORDO COM O PROTOCOLO AIEOP-BFM ALL 2009. EXPERIÊNCIA DO CENTRO INFANTIL BOLDRINI

AC Azevedo, J Yajima, C Omae, L Prandi, MC Della-Piazza, MBR Amaral, M Veríssimo, A Salgado, JA Yunes, SR Brandalise

Centro Infantil Boldrini, Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Avaliar o impacto do uso da idarrubicina em substituição a daunorrubicina na fase de indução de acordo com o protocolo AIEOP-BFM ALL 2009 quanto a resposta terapêutica (citológica e molecular) e toxicidades no 33º Dia da indução (D33). Estudo em crianças e adolescentes com Leucemia Linfóide Aguda (LLA), Filadélfia negativa, tratadas no Centro Infantil Boldrini. **Métodos:** De junho de 2018 a abril de 2020, 87 crianças e adolescentes com idade entre 0–18 anos, com diagnóstico de novo de LLA Filadélfia negativos foram tratados de acordo com o protocolo AIEOP-BFM ALL 2009. A daunorrubicina na dose de 30 mg/m² foi substituída pela idarrubicina 6mg/m². Avaliação da resposta terapêutica medular foi realizada no 33º dia de tratamento, considerando-se remissão citológica quantidade de blastos $< 5\%$ e remissão molecular determinada por Doença Residual Mínima (DRM) $\leq 5 \times 10^{-4}$. A quantificação da doença residual mínima foi realizada por Polimerase Chain Reaction (PCR), cujo DNA das amostras de diagnóstico foi rastreado usando primer BIOMED-2 primários para o processo completo e incompleto dos rearranjos de IgH. As toxicidades foram analisadas segundo os critérios do CTCAE versão 3.0. **Resultados:** O índice de remissão citológica foi obtido em 86 pacientes (98,8%). Houve apenas um óbito (1,1%) durante a fase de indução. A quantificação da DRM foi realizada em 78 pacientes (89,6%) sendo que 56 pacientes (64,3%) atingiram remissão molecular. Eventos tóxicos hepáticos graus 3 e 4, atingiram 6,9% no grupo de pacientes com LLA B derivada e 12,4% no grupo T derivado. Toxicidades grau 3 e 4 para infecção acometeram 63,8% no grupo B derivado e 68,7% no grupo T derivado. **Discussão:** O desabastecimento de quimioterápicos no Brasil, incluindo daunorrubicina, L-asparaginase, actinomicina e procarbazona, tornou-se um grave problema nos últimos anos. Desta forma, entre 2018 e 2020, foi necessário o uso da Idarrubicina no lugar da daunorrubicina na fase de indução nas crianças com Leucemia Linfóide Aguda (LLA) no Centro Infantil Boldrini. O uso da idarrubicina nas fases de indução de tratamentos de leucemia mielóides

agudas e leucemias linfóides aguda recidivadas/refratárias já está bem estabelecido. No entanto sua aplicação no período de indução em crianças e adolescentes com Leucemia Linfóide Aguda (ALL) com diagnóstico de novo, foi pouco estudada. Embora o estudo seja unicêntrico e com número pequeno de pacientes, os resultados quanto a resposta terapêutica, citológica e molecular (98,8% e 64,3% respectivamente), atingiu índices comparáveis aos resultados de grandes grupos internacionais utilizando daunorrubicina. A baixa taxa de mortalidade na indução (1,1%) revela índice abaixo dos 3%–4% publicado pelo grupo brasileiro de tratamento da leucemia linfóide aguda. **Conclusões:** Os dados quanto as toxicidades e resposta terapêutica revelaram que o uso da idarrubicina seja factível na terapia de indução, porém estudos prospectivos e randomizados necessitam ser realizados para melhor definição do papel da idarrubicina na terapia de indução em crianças e adolescentes com diagnóstico de novo de LLA.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1063>

LEUCEMIA AGUDA DE FENÓTIPO MISTO COM FUSÃO BCR:ABL1 EM ADOLESCENTE – RELATO DE CASO

EP Leite, EF Silva, JAAP Silva, FP Carvalho, LSO Queiroz, CP Marinho, NRSD Santos, MDN Carvalho, TJM Salles, MO Silva

Centro Especializado em Oncohematologia
Pediátrica, Hospital Universitário Oswaldo Cruz
(CEONHPE/HUOC), Recife, PE, Brasil

Introdução: As leucemias Agudas de Linhagem Ambígua (ALAL) correspondem a um único grupo de doença hematológica, visto a sobreposição de características clínicas e imunofenotípicas, segundo a última classificação da OMS (2021). São entidades raras, representando 2% a 3% dos casos. Estudos recentes demonstram que as ALAL compartilham mecanismos patogênicos moleculares comuns. A 5ª Classificação da OMS separa em 2 categorias, aquelas com anormalidades genéticas: MPAL com fusão BCR/ABL1; MPAL com rearranjo KMT2A; ALAL com outras alterações genéticas definidoras, MPAL com rearranjo ZNF28 e ALAL com BCL11B; e aquelas definidas apenas por critérios imunofenotípicos: MPAL B/M; MPAL T/M; MPAL tipos raros; ALAL não especificada e AUL (Leucemia Aguda Indiferenciada). **Caso clínico:** Paciente 15 anos, feminino, admitida com dor lombar, astenia, palidez cutânea, perda de peso, linfonodomegalias cervicais e inguinais. Nega uso prévio de corticóide. Refere antecedente de doença de Kawasaki na idade de 8 anos. Hemograma com anemia (Hb 6,3 g/dL), leucocitose discreta ($16,43 \times 10^3/\mu\text{L}$ –40% blastos) plaquetopenia (81.000 mm^3). Ultrassonografia e tomografia de abdome total evidenciam nódulo hepático e linfonodomegalias inguinais e axilares. Biópsia de linfonodo descrevendo proliferação linfocitária com atipismo nuclear e figuras de mitose. Mielograma infiltrado por 70% de blastos com 2 populações, sendo uma de tamanho grande, núcleo redondo, citoplasma basofílico e por vezes granular; e outra de blastos de tamanho pequeno/