

interdisciplinar com a participação de especialistas como hematologistas, hematologistas pediátricos, hemoterapeutas e um advogado. A vasta experiência desses profissionais foi crucial para explorar aspectos frequentemente negligenciados nas academias, desde a análise das raízes históricas até as experiências individuais, além de atualizações em questões bioéticas e legais. A presença de estudantes de outras áreas reforça a importância de explorar o tema em diferentes campos da saúde. **Conclusão:** A atividade foi essencial para o aprendizado dos alunos participantes, pois são da área de saúde e podem vivenciar situações semelhantes no ambiente de trabalho. A palestra proporcionou a todos a oportunidade de adquirir conhecimentos em um cenário complexo e sensível, além de favorecer a troca de experiência entre os palestrantes convidados. Ao final, restou a todos a seguinte reflexão: na vigência de recusa de transfusão sanguínea pelo paciente diante de risco de morte, que decisão deve o médico tomar, sabendo que, devem ser pesados os pilares da Beneficência, da não Maleficência, da Autonomia e da Justiça?

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1953>

COMPLEXIDADE CLÍNICA: MIELOMA MÚLTIPLO COM AMILOIDOSE PRIMÁRIA – RELATO DE CASO

KLS Ribeiro, JM Dubanhevit, MM Noronha, VOC Filho, GF Costa, CC Queiroz, AAC Perez, LP Correia, GPG Vidal, GS Feitosa

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação desregulada de plasmócitos na medula óssea, representando 1% das neoplasias malignas. No Brasil, entre 2020 e 2023, foram diagnosticados 16.113 novos casos. Cerca de 5-15% dos pacientes com MM desenvolvem amiloidose primária (AL), uma condição rara associada à secreção de cadeias leves de imunoglobulina pelas células neoplásicas, que formam fibras amiloides depositadas em vários tecidos, causando danos orgânicos. Relatamos o caso de um paciente com MM de cadeias leves Kappa/Lambda e comprometimento sistêmico por AL. **Relato de caso:** EC, homem, 60 anos, natural e procedente de Fortaleza-CE, procurou assistência médica em abril de 2023 com sintomas de síncope, astenia, calafrios e dores intensas. Exames iniciais revelaram hipotensão ortostática severa e nefropatia com proteinúria de 3,5 g/24h e Cr: 1,79 mg/dL. O ecocardiograma mostrou miocárdio hiperecogênico com sinais de depósito no ventrículo esquerdo. O hemograma revelou picos monoclonais gama, anemia leve com Hb: 10,2 g/dL e hemácias: 3,45 milhões/mm³. O paciente também apresentou perda ponderal de 24% em 3 meses. Em junho de 2023, biópsia de coxim gorduroso mostrou depósitos amiloides, confirmando AL e TC evidenciou áreas ósseas líticas. Em julho de 2023, mielograma e citometria da medula óssea indicaram medula hiper celular para a idade com hiperplasia de três linhagens celulares e plasmocitose. A imunofenotipagem revelou positividade para CD138 e CD38, com clonalidade Kappa/

Lambda inconclusiva. Em agosto de 2023, estudo imuno-histoquímico diagnosticou MM com deposição sistêmica de proteína amiloide e relação Kappa/Lambda de 1/15. Com o diagnóstico de MM, o paciente iniciou 8 ciclos de quimioterapia com ciclofosfamida, dexametasona e bortezomibe, além de pamidronato. Relatou manchas equimóticas e edema em pés, mãos e região periorbitária. Atualmente (04/08/2024), está internado em estado estável, aguardando transplante de medula óssea previsto para 07/08. **Discussão:** O mieloma múltiplo e a amiloidose são doenças proliferativas das células plasmáticas, classificadas como gamapatias monoclonais. Em um paciente com mieloma múltiplo, a presença de síndrome nefrótica, miocardiopatia, equimoses periorbitárias, entre outros sinais, deve suscitar a suspeita de amiloidose primária. A combinação de mieloma múltiplo e amiloidose indica um mau prognóstico. O tratamento dessas duas doenças requer quimioterapia e, em alguns casos, transplante de medula óssea. O uso de novos medicamentos, bem como a seleção criteriosa dos candidatos ao transplante de medula, pode melhorar a sobrevida desses pacientes com neoplasias hematológicas ainda incuráveis. **Conclusão:** O caso demonstra a complexidade do manejo clínico de pacientes com MM associado à AL. A coexistência dessas condições agrava o prognóstico, exigindo abordagem terapêutica multifacetada. A combinação de quimioterapia e transplante de medula óssea é fundamental, com novos fármacos e seleção de candidatos ao transplante potencialmente melhorando a sobrevida. A natureza incurável dessas neoplasias ressalta a necessidade de pesquisa contínua e desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas. O acompanhamento contínuo e manejo adequado das complicações são cruciais para a qualidade de vida desses pacientes, evidenciando a importância de uma abordagem integrada e personalizada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1954>

INIBIDORES DE CHECKPOINT IMUNOLÓGICO PD-1 E PD-L1 NO TRATAMENTO DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: REVISÃO DE LITERATURA

ELF Mota, IS Estevam, PE Oliveira, JLL Pinheiro, ES Alvarenga, KLS Ribeiro, GM Almeida, CAB Neto, FC Marques, CDC Gentile

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução/objetivos: O desenvolvimento de inibidores de checkpoint imunológico (ICI) vem se mostrando como um grande avanço no arsenal terapêutico anticâncer. A utilização de agentes imunoterápicos anti PD-1, como pembrolizumabe e nivolumabe, vem revolucionando o tratamento do melanoma e outros tumores sólidos. Por esse motivo, há grande interesse na investigação da aplicabilidade desse tipo de terapia em neoplasias hematológicas. Nesse sentido, o presente estudo visa revisar a literatura a respeito da eficácia e do impacto do uso de inibidores de checkpoint imunológicos PD-1 e PD-L1 no tratamento da Leucemia Mieloide Aguda (LMA). **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada por meio da análise de artigos publicados entre os

anos de 2014 e 2024, escritos em língua inglesa, obtidos mediante busca na base de dados PubMed. Para tal, foram utilizados os descritores (“Acute Myeloid Leukemia” OR “AML”) AND (“PD-1” OR “PD-L1” OR “Programmed Death-1”) AND (“Checkpoint Inhibitor” OR “Immune Checkpoint Inhibitors” OR “Immune Checkpoint” OR “Checkpoint Blockade”). **Resultados:** Apesar de revolucionário no tratamento de certos tipos de neoplasia, o uso de inibidores de PD-1 e PD-L1 em monoterapia para a LMA demonstrou resultados desanimadores. No entanto, o seu uso em combinação com agentes hipometilantes (AHM), como azacitidina e decitabina, demonstrou resultados clínicos promissores, especialmente em pacientes idosos e em cenários de doença refratária ou recidivada. Tal combinação pode ajudar a superar a resistência ao tratamento, bem como melhorar a resposta imunológica contra as células leucêmicas. Observou-se grande potencial no uso desses agentes para prevenir ou tratar a recidiva pós-transplante, potencialmente melhorando a vigilância imunológica e reduzindo a doença residual mínima. Além disso, estudos demonstram que a superexpressão de PD-1 e PD-L1 na LMA é comumente associada a desfechos clínicos desfavoráveis, o que sugere possível utilidade na inibição desses checkpoints imunológicos. **Discussão:** A agressividade e a rápida progressão da LMA comumente não permite que o sistema imune desenvolva uma resposta antileucêmica apropriada, o que justifica em partes a ineficácia da imunoterapia para essa doença. Já os agentes hipometilantes, muito utilizados em pacientes que não são candidatos a terapia de indução intensa padrão atual e em pacientes refratários, têm a capacidade de aumentar a expressão de PD-1 em células T, criando um mecanismo de resistência. O uso da imunoterapia anti-PD-1 nesse cenário é eficaz para transpor tal resistência. O uso de biomarcadores poderá ser útil na escolha personalizada de pacientes que se beneficiariam do uso de ICI. **Conclusão:** A utilização de inibidores de checkpoint imunológico PD-1 e PD-L1 no tratamento da LMA não atendeu às altas expectativas, mas tem se demonstrado promissora quando utilizada em combinação com agentes hipometilantes, propiciando melhores desfechos clínicos para grupos específicos de pacientes, como idosos, recidivados, refratários e pós-transplante. Estudos mais robustos são necessários para compreender em quais contextos os ICI ofereceriam melhores resultados, no entanto, tal terapia se mostra como uma ampliação promissora do tão limitado arsenal terapêutico para a LMA.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1955>

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO EM PACIENTE DE 19 ANOS: UM RELATO DE CASO

LP Amorim^a, MM Noronha^a, VOC Filho^a, EB Hyppolito^b, RCR Pitombeira^c, JAS Santos^b, LMC Linhares^b, LCD Anjos^b, AHA Filho^b, DFG Mesquita^b

^a Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^b Serviço de Transplante Hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, CE, Brasil

^c Serviço de Hematologia e Hemoterapia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (DLPT) é um distúrbio de proliferações linfoides favorecido pela imunossupressão crônica necessária após transplante de órgão sólido ou transplante alogênico de células hematopoéticas. A DLPT pós-transplante hepático é mais comum em pacientes pediátricos e com infecção por vírus Epstein-barr (EBV). **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente jovem transplantada hepática, com diagnóstico de doença linfoproliferativa pós-transplante (DLPT) e posterior recidiva agressiva da neoplasia após o tratamento quimioterápico. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 19 anos, com transplante hepático por hepatite autoimune em fevereiro de 2022, em uso regular de tacrolimus, everolimus e prednisona, evoluiu com quadro de tosse, febre e presença de múltiplos linfonodos sugestivos de doença linfoproliferativa pós-transplante (DLPT). Realizada imunohistoquímica em março/2023 a partir de produto da biópsia de adenoide, que confirmou DLPT monomórfica de células B. Sorologias para hepatites virais e HIV foram negativas, porém PCR-EBV foi positivo e em aumento desde outubro/2022. Prescrito inicialmente 6 ciclos de R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina e prednisona), devidamente concluídos em agosto/2023. Após a conclusão dos 6 ciclos, foi realizado um PET-CT de controle, que evidenciou atividade da doença linfoproliferativa, com presença de lesões em cólon sigmoide. Paciente evoluiu com dor abdominal tipo cólica em baixo ventre e dor epigástrica, diarreia até duas vezes ao dia líquida-pastosa, sem sangue, alternada com quadros de constipação, levando a internação em fevereiro/2024. Evoluiu com piora clínica progressiva, apresentando insuficiência renal dialítica, infecção de corrente sanguínea refratária ao tratamento, insuficiência respiratória por derrame pleural extenso, com necessidade de intubação e, posteriormente, traqueostomia devido à dificuldade de desmame da ventilação mecânica. Ainda, manifestou distensão abdominal persistente e sepse de foco pulmonar, evoluindo para óbito em abril/2024. Foi indicado o protocolo R-ICE (rituximabe, ifosfamida, carboplatina, etoposídeo), mas a paciente não esteve em estabilidade clínica necessária para o início deste tratamento. **Discussão:** A DLPT é a malignidade mais comum em casos complicados de transplantes de órgãos sólidos. É mais frequente no pós-transplante de coração, pulmão, intestino ou múltiplos órgãos, enquanto o risco é menor (1–5%) em receptores de transplante renal e hepático. A infecção por Epstein-barr-vírus (EBV) é o principal fator de risco para o estabelecimento desta neoplasia, mas o grau de imunossupressão, a idade, a raça do receptor, o tipo de aloenxerto e as variações genéticas do hospedeiro também representam importantes fatores que influenciam. A classificação patológica segundo a OMS, divide a DLPT em quatro categorias: lesões precoces, DLPT polimórfica, DLPT monomórfica e DLPT tipo Linfoma de Hodgkin clássico. DLPT monomórfica é um grupo heterogêneo de tumores compostos de células malignas monoclonais, principalmente, de origem de células