

de estudo, foram notificados 2.698 óbitos por leucemia no estado da Bahia. O ano com o maior número de óbitos foi 2018 com 297 (11,0%) registros, seguido do ano de 2016 com 278 (10,3%), 2017 com 270 (10,0%), 2015 com 260 (9,63%), 2014 com 259 (9,59%), 2012 com 250 (9,26%), 2009 com 228 (8,45%), 2011 com 227 (8,41%), 2013 com 225 (8,33%), 2008 com 214 (7,93%) e o ano de 2010 apresentou o menor número de óbitos com 190 (7,04%). A macrorregião de saúde leste, onde fica a capital do estado, apresentou o maior número de óbitos em todos os anos da pesquisa, com um total de 1193 (44,21%), apresentando também uma taxa de mortalidade de 0,023%, ultrapassando a taxa total do período que foi de 0,016%. A população parda apresentou o maior número de óbitos com 1557 registros (61,59%), assim como a faixa etária acima de 60 anos (41,62%), o sexo masculino (54,37%) e naqueles com 1 a 3 anos de estudo (30,17%). **Discussão:** Houve um aumento quase progressivo dos óbitos no período estudado. As leucemias são mais predominantes do sexo masculino e este dado se confirmou em todas as Macrorregiões de Saúde da Bahia. A população parda, por ser mais predominante na Bahia, obteve mais registros de óbito, o que difere de resultados encontrados na literatura que apontam a população branca como predominante entre os óbitos por leucemia. Foi observada uma maior mortalidade por leucemia na população idosa, em acordo com a literatura e confirmando o pior prognóstico das leucemias nesta população. A maior mortalidade em pessoas com escolaridade de 1 a 3 anos de estudo pode refletir a incidência numa população carente e sem acesso adequado a serviços de saúde. Em contrapartida, o menor índice de óbitos predominou em baianos com 12 anos ou mais de escolaridade, devido ao maior nível de instrução, que pode estar relacionado com um maior acesso à saúde e uma melhor qualidade de vida. Para as macrorregiões de saúde, a maior população da região leste, em comparação com as outras macrorregiões, bem como um maior reconhecimento dos casos de leucemia e uma maior concentração de serviços de referência para tratamento das leucemias, contribuíram para o grande número de registros nessa região, bem como para uma taxa de mortalidade superior à total para o período. **Conclusão:** Os resultados desse estudo sugerem um crescimento da mortalidade por leucemia nas regiões estudadas entre 2008 e 2018, assim como um perfil epidemiológico que evidencia a necessidade de ações direcionadas para prevenção, diagnóstico precoce e tratamento em toda a Bahia. Desse modo, investimentos em prevenção primária visando a redução da exposição a fatores de risco e secundária, envolvendo rastreamento, devem ser priorizados, assim como uma melhor distribuição de estabelecimentos de saúde habilitados para tratamento das leucemias entre as regiões de saúde do estado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.284>

283

NEOPLASIA DE CÉLULAS BLÁSTICAS DENDRÍTICAS PLASMOCITOIDES TRATADA COM VENETOCLAX E AZACITIDINA: RELATO DE CASO

M.L.L. Andrade, R.E. Kameo, E.F.O. Ribeiro, D. Reckziegel, S.P. Melim

Hospital Santa Lúcia, Brasília, DF, Brasil

Introdução: A Neoplasia de células blásticas dendríticas plasmocitoides (NCBDP) é rara e acomete frequentemente homem idoso, com uma ou mais lesões cutâneas seguida da evolução para citopenias e complicações secundárias. O tratamento da doença, principalmente em pacientes não FIT, ainda é um desafio. **Caso clínico:** V.P, 62 anos, masculino, hipertenso, cardiopata e ex-tabagista. Internado devida dor generalizada, perda de força muscular, parestesia e retenção urinária. Realizada RM de coluna com evidência de lesão expansiva epidural posterior com extensão de T1 a T4, medindo 1,0 x 1,0 x 4,8 cm, com efeito compressivo sobre o saco dural e a medula espinhal adjacente. Realizada laminectomia descompressiva e o paciente evoluiu com melhora progressiva de força e sensibilidade dos membros inferiores. Paciente apresentava inúmeras nodulações cutâneas, principalmente em tórax superior e face. Hemograma apenas com anemia normocítica/normocrômica. Biópsia de vértebra e material tumoral mostrou proliferação difusa de células de núcleos redondos/ovalados, hiper cromáticos ou com cromatina grosseira, discoesias, com escasso citoplasma. Imuno-histoquímica evidenciou células com co-expressão de CD4 e CD56, BCL2 positivo, ausência de outros marcadores específicos de linhagens hematopoiéticas e KI 67 de 90%, favorecendo diagnóstico de NCBDP. Realizado mielograma com 1% de blastos, cariótipo 46XY, biópsia de medula óssea sem evidência de acometimento neoplásico. PET CT demonstrava incontáveis lesões hipermetabólicas envolvendo musculatura e tecido celular subcutâneo, linfonodos e ossos. Paciente ECOG 2, optado por iniciar protocolo com Venetoclax 400 mg/dia e Azacitidina 75 mg/m²/dia por 7 dias. Iniciado esquema com ramp up, sem lise tumoral. Durante tratamento, suspenso Venetoclax por 14 dias devido choque séptico. Em reavaliação após I ciclo, PETCT com resolução das inúmeras lesões hipermetabólicas com captação leve envolvendo partes moles na extremidade esternal da clavícula direita, evidenciando uma remissão parcial em relação ao PETCT anterior. Paciente evoluiu com novo choque séptico após exame, não iniciando II ciclo. Na UTI, paciente apresentou anemia e plaquetopenia com presença de blastos em sangue periférico com 15% de blastos mielóides. Evoluiu com óbito em 25/05/20. **Discussão:** A NCBDP é relatada em ambos os sexos, com a relação homem:mulher de 3:1 e idade média de 64 anos. Devido sua raridade, há poucos dados para quimioterapia de baixa intensidade em pacientes não FIT. Recentemente, foi demonstrado a sua dependência da proteína anti-apoptótica BCL-2 e, relatos de casos clínicos mostram que o uso do inibidor de BCL2, Venetoclax, obteve ótimas respostas em pacientes selecionados. O uso de Venetoclax associado a quimioterapia de baixa intensidade, incluindo hipometilante, foi investigado na abordagem



de leucemias mielóides, em estudo que incluía pacientes com NBCDP. Nesse paciente, obtivemos resposta parcial ao tratamento, apesar da progressão de doença cerca de 10 dias após PETCT, em paciente fora de tratamento. Importante salientar, que devido múltiplas complicações clínicas, o paciente teve interrupções no tratamento. **Conclusão:** Evidências atuais mostram a viabilidade do uso isolado ou combinado do Venetoclax no tratamento de NBCDP. Porém, mais dados são necessários. Atualmente, há estudo clínico investigando seu papel na doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.285>

284

NEUROTOXICIDADE SECUNDÁRIA A QUIMIOTERAPIA INTRATECAL EM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA)

E.T. Calvache, T.L. Secchi, M.A. Coutinho, J.P. Portich, D.B. Lamaison, L.L.A. Silva, A.S. Ribeiro, E.D.D. Santos, D.H. Catelli, A.A. Paz

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

Objetivos: Caso clínico de paciente com LLA que desenvolveu neurotoxicidade durante a quimioterapia. **Material e métodos:** Relato de caso utilizando informações obtidas através do prontuário eletrônico. **Resultados:** Paciente feminina, 18 anos, portadora de LLA B comum, sistema nervoso central (SNC) negativo ao diagnóstico, risco standard no protocolo BRALL. Durante a fase de indução II, apresentou alteração do nível de consciência e crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas, necessitando ventilação mecânica por 72 horas. Painel metabólico, reumatológico, infeccioso, TC de crânio, eletroencefalograma e líquido, sem achados relevantes. Após melhora clínica, exame neurológico com ataxia de marcha, dismetria apendicular bilateral e disartria. Prosseguiu investigação, RM crânio, hipersinal em T2/FLAIR na substância branca periventricular bilateral e centros semi-ovais, com restrição à difusão, sugestivo de leucoencefalopatia tóxica. O diagnóstico de ataxia cerebelar subaguda associado a leucoencefalopatia induzida pela quimioterapia (QT), possivelmente intratecal (IT), foi considerado, sendo optado por suspensão da mesma. Nas semanas subsequentes, apresentou resolução da síndrome atáxica e controle das crises convulsivas com uso de Levetiracetam. **Discussão:** LLA-B é doença predominante da infância. Nos últimos anos, a melhora da estratificação, realização da doença residual mensurável e conhecimento acerca dos casos Ph like tem ajudado no desenvolvimento no tratamento alvo. O comprometimento do SNC ao diagnóstico é incomum (3 - 7%), mais frequente na população pediátrica. Na ausência de profilaxia o risco de desenvolvimento no SNC é maior do que 50%. Algumas séries relatam 30 a 40% dos casos correspondem a recaída no SNC, por isto, a avaliação e tratamento profilático do SNC é uma prática estabelecida. O regime de QT IT compreende metotrexato (MTX) com ou sem citarabina (Ara-C) e corticoide. Neste protocolo, o regime é terapia tripla, 15 mg MTX, 40 mg Ara-C e 4 mg dexametasona. Neurotoxicidade induzida



por MTX sistêmico e intratecal foi relatada podendo causar alterações agudas, subagudas e crônicas. Incidência entre 3 a 10%, em contraste com a Ara-C que correspondem na maioria à administração sistêmica em altas doses com poucos relatos na exposição IT. A meia-vida da Ara-C IT é de 2 a 6 horas e MTX IT, é bifásica, às 4.5 e 14 horas. Fatores predisponentes são idade, risco, deterioro da função renal, dose e via de administração. A paciente apresentou quadro inicial grave com recuperação progressiva e resolução das alterações na neuroimagem. As manifestações concordaram com as descritas na literatura, apresentação clínica variável incluindo convulsões, déficit neurológico focal e/ou neurocognitivo, síndrome stroke-like e outras como cefaleia, vômito, letargia, entre outros. Leucoencefalopatia difusa tem sido relatada em 40% dos pacientes após a aplicação do MTX, pode ocorrer em assintomáticos, como reportado por Bhojwani et al., sendo descrita em 20.6% de 355 pacientes. Não existe tratamento estabelecido para a neurotoxicidade secundária à Ara-C e MTX, além da suspensão, alguns relatos implementaram uso de corticoide, plasmáfereze ou observação. **Conclusão:** Na LLA, a QT IT faz parte fundamental do tratamento, porém as complicações neurológicas representam um desafio devido à diversidade e potencial gravidade das manifestações clínicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.286>

285

NEUROTOXOPLASMOSE DURANTE A CONSOLIDAÇÃO DE REMISSÃO EM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA

J.R. Assis, M.F. Menin, G.S. Lucena, L.F. Rocha, D.B. Cliquet, M.A. Gonçalves, A.C. Vecina, M.G. Cliquet

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A imunossupressão decorrente de tratamentos quimioterápicos relaciona-se com diversas infecções e, dentre elas, pode ocorrer reativação de toxoplasmose. Existem relatos de neurotoxoplasmose em pacientes submetidos a quimioterapias antineoplásicas e a transplantes de células tronco hematopoéticas. O diagnóstico é feito pela clínica, sorologia e imagem tomográfica (TC) ou de RNM. Na TC, a partir da aplicação de contraste iodado, ocorre um realce de um halo, o qual delimita uma região de inflamação, cujo centro fica hipodenso, ilustrando necrose; esses anéis geralmente apresentam 1 a 4 cm, em diversas regiões cerebrais. Em paralelo, a Ressonância Magnética consegue fornecer sinais de lesões mais sutis, além de ser melhor para acompanhar a evolução da doença. Em ambos, a aplicação do contraste se torna importante, visto que evidencia ainda mais o edema perilesional, para a diferenciação de leucoencefalopatia multifocais progressivas, isto é, linfomas o qual é um importante diagnóstico diferencial. O tratamento se inicia empiricamente em todos os casos, exceto em pacientes com lesões grandes que precisam de descompressão externa e biópsia, com lesões sugestivas de linfoma na tomografia e em pacientes com lesão única e sorologia negativa para

