

transfusões de sangue, principalmente com concentrados de hemácias não-irradiadas. Apesar disso, casos não relacionados a infecção e/ou transfusão também foram reconhecidos. Em nosso relato, a criança apresentou quadro séptico e recebeu transfusão de hemácias irradiadas e deleucotizadas, evoluindo com remissão completa e espontânea da LMA com componente monocítico. Após quase 6 meses, apresentou reaparecimento da doença de forma agressiva. Portanto, novos estudos são necessários para avaliar se terapia precoce deve ser iniciada nessas situações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.752>

751

### TROCA DE LINHAGEM EM LEUCEMIA COM REARRANJO KMT2A – RELATO DE CASO



P.P.D.S.T. Soares<sup>a</sup>, A.C.C.V. Soares<sup>a</sup>, F.V.R. Maciel<sup>a</sup>, R. Melaragno<sup>b</sup>, F.G. Benicá<sup>b</sup>, C.E.R. Fernandes<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Citometria de Fluxo DASA, Brasil

<sup>b</sup> Instituto Hemomed de Oncologia e Hematologia, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** Translocações que envolvem o gene 11q23 (MLL – Mixed Lineage Leukemia, atualmente KMT2A) podem ser encontradas em até 70% das Leucemias Linfoblásticas Agudas B (LLA-B) da infância. Em adultos, essas alterações são mais encontradas em pacientes com Leucemia Mieloide Aguda (LMA). Essas translocações incluem t(4;11), t(9;11), t(11;19) entre outras. A mudança de linhagem das células leucêmicas é muito rara, tanto em adultos quanto em crianças, e a literatura evidencia má-resposta a terapia e comportamento agressivo dessas doenças. **Relato de caso:** Lactente 2 meses, sexo masculino, com surgimento de tumefação cística em face lateral de coxa direita e nódulo em região inguinal direita, compatíveis com cloroma. Sem outros sintomas clínicos. O hemograma evidenciava anemia e leucocitose às custas de 91% de blastos. Diagnóstico de LLA-B em 21/10/19, com blastos que expressavam marcadores de linhagem B (CD19, CD22 e CD79a) e expressões anômalas de CD7 e CD15, em imunofenotipagem de sangue periférico. Cariótipo com translocação entre os braços longos do cromossomo 4 e 11. Iniciou tratamento conforme Protocolo BFM 2009 – alto risco em 23/10/19 (apresentou resposta ruim ao corticoide no D8). Na avaliação de Doença Residual Mínima (DRM) no D15, ainda apresentava 11,2% de blastos e cariótipo alterado. A seguir, na reavaliação do D33, DRM positiva com 0,07% associada ao cariótipo alterado. Em 18/02/2020 (D78), houve recidiva da doença com 22,5% de blastos na imunofenotipagem de medula óssea, com imunofenótipo semelhante ao do diagnóstico. A seguir, houve aumento progressivo da quantidade de blastos nas imunofenotipagens de 12/05 e 05/06/2020, com ganho de expressão dos marcadores mieloides CD13 e CD33. Modificação do tratamento para Protocolo Saint Jude R17 Alto-risco, e nova reavaliação de DRM em 19/06/19, após realização do Bloco A, com 7,65% de blastos linfóides B semelhantes ao diagnóstico e cariótipo evidenciando a mesma translocação entre os braços longos dos cromossomos 4 e 11. Iniciado o Bloco B, e na avaliação seguinte, a

imunofenotipagem de medula óssea apresentava 89% de blastos com expressão de marcadores mielomonocíticos (CD13, CD14, CD15, CD33, CD36, CD64, CD117) e expressões anômalas de CD19 e CD56, evidenciando a troca de linhagem da leucemia aguda para Leucemia Mieloide Aguda com Componente Monocítico. Morfologia dos blastos compatível com células monocíticas. Atualmente, paciente em tratamento de resgate com Citarabina e Cladribina, em programação de transplante alogênico de medula óssea. **Discussão/conclusão:** Leucemias Agudas com alterações do gene MLL formam um grupo a parte em relação a agressividade clínica e prognóstico. O significado das translocações que envolvem esse gene nas leucemias com mudança de linhagem não é totalmente reconhecido. Acredita-se que possa haver seleção de subclone ou até mesmo alterações epigenéticas induzidas pela quimioterapia. Portanto, novos estudos ainda serão necessários para o esclarecimento do verdadeiro papel do gene MLL nesse grupo de leucemias, conduzindo a novas propostas terapêuticas alvo-específicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.753>

MULTIDISCIPLINAR

CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

### ANÁLISE DA ADMINISTRAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI-D EM GESTANTES RHD NEGATIVAS



A.H.N. Beserra

Instituto Nacional da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ

**Introdução:** A aloimunização é descrita como a produção de anticorpos a partir de antígenos não próprios àquele indivíduo. A aloimunização materna pelo anticorpo Rhesus D (RhD) é um processo evitável, através da administração da imunoglobulina anti-RhD em gestantes com RhD negativo em dose e momento adequados. A mãe aloimunizada é totalmente assintomática, porém, em recém-nascidos (RN), essa situação pode ocasionar a Doença Hemolítica Perinatal (DHPN), que é causada pela destruição de antígenos fetais/neonatais pelos anticorpos maternos devido à aloimunização. Para ser aloimunizada, a gestante deve ser RhD negativa e entrar em contato com hemácias RhD positivo do feto. Trabalhos anteriores mostram que houve nos últimos anos um aumento da informação desse assunto tanto para os profissionais de saúde a partir de capacitação e educação continuada tanto para a população envolvida, ou seja, as gestantes RHD negativas. **Objetivo:** O presente estudo teve como finalidade analisar o número de imunoglobulinas administradas em gestantes RHD negativas e não aloimunizadas. Tal observação e análise é de suma importância uma vez que esse agravo não tenha números expressivos percentualmente na população de risco, gera custos e danos relacionados a mortes fetais, complicações neonatais e lesões neurológicas permanentes, portanto sua prevenção é imprescindível, assim como observar as taxas de administração do imunoprolifático. **Material e métodos:** Foram coletadas, retrospectivamente e de forma transversal, informações doc-