

quimioterapia até sua resolução. Paciente apresentou piora do padrão ventilatório no dia 05/07 tendo PCR para SARS-CoV-2 positivo, sendo transferido a UTI e evoluindo a óbito por complicações do quadro pulmonar. **Discussão:** A leucemia de apresentação cutânea é rara e na LMA está presente em 13% dos casos. As formas de apresentação mais comuns são pápulas e nódulos (60%) e em casos mais raros ocorre eritema, eritrodermia ou úlceras. A lesão do paciente era atípica e inicialmente foi avaliada como equimose, o que corrobora a importância de diagnósticos diferenciais de lesões cutâneas. O tratamento se dá através de protocolos guiados para a leucemia de base com quimioterápico sistêmico agressivo, que no caso do nosso paciente seria o protocolo 7+3. Em alguns casos, pode-se realizar radioterapia, porém ela é mais usada no tratamento de casos refratários ou paliativos. Leucemia cutânea geralmente tem o prognóstico desfavorável e o follow-up de dois anos dos pacientes com LMA demonstrou 6% de taxa de sobrevivência para casos com acometimento cutâneo versus 30% sem tal apresentação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.298>

RELATO DE CASO: TOXICIDADE CEREBELAR INDUZIDA POR CITARABINA DURANTE TRATAMENTO DE LEUCEMIA MIELOÍDE AGUDA (LMA)

BM Ribeiro, MO Ughini, PMS Gomes, JWL Júnior

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC),
Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Tubarão, SC,
Brasil

Introdução: A citarabina é um dos quimioterápicos mais utilizados no tratamento de Leucemia Mielóide Aguda (LMA) e como desafio durante este temos os efeitos colaterais principalmente na terapia de altas doses. **Relato de caso:** Paciente de 38 anos que teve diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda com maturação e Tuberculose disseminada após investigação de pancitopenia em setembro de 2020. Iniciado protocolo 7+3 e RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol). Evolução com sepse, apresentando piora de função renal com necessidade de terapia substitutiva renal e piora de função hepática (BT: 8,1; BD: 7,06; TGO: 182; TGP: 72; GGT: 124; FA: 316), sendo modificado tratamento tuberculostático para amicacina, levofloxacino e etambutol. Obtendo progressivamente melhora da função renal, sendo suspensa hemodiálise e melhora da função hepática. Realizou primeiro ciclo de HIDAC quando apresentava função hepática em melhora (BT: 2,57 BD: 2,01 FA:81 e transaminases dentro da normalidade) e perda leve de função renal (CKD-EPI: 71 mL/min x 1,73 m²). Dois dias após o término deste primeiro ciclo de HIDAC, evoluiu com disartria e marcha atáxica. Realizou Tomografia de Crânio sem alterações, realizando em seguida punção lombar com coleta de líquido e ressonância magnética de crânio, ambos também sem alterações. Avaliado pela Neurologia do serviço, concordantes com a hipótese de neurotoxicidade à Citarabina. Iniciado metilprednisolona 1 mg/kg por quatro dias, com melhora parcial dos sintomas. **Discussão e conclusão:** A citarabina penetra em sistema nervoso central,

porém a fisiopatologia da neurotoxicidade é pouco compreendida e não há até o momento tratamento eficaz. Relatos sugerem possibilidade de remoção de líquido e uso de metilprednisolona para pacientes com sintomas. Até o momento há sugestão de que idade, dose cumulativa, disfunção hepática e renal são os principais fatores de risco, porém sem definição clara de ajuste de dose e tratamento adequados. Visto a neurotoxicidade ser uma intercorrência grave e com potencial redutor da qualidade de vida, a análise dos fatores relacionados e risco devem ser considerados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.299>

RESULTADO DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS COM DOADORES ALTERNATIVOS APÓS BLINATUMOMAB EM CRIANÇAS COM LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA DE LINHAGEM B (LLA-B) RECIDIVADA OU REFRATÁRIA

G Zamperlini^{a,b}, RV Gouveia^{a,b}, VC Ginani^{a,b},
CMCZ Oliveira^{a,b}, MGAD Matos^{a,b},
CN Monteiro^{a,b}, LDS Domingues^{a,b},
MV Pupim^{a,b}, PAM Soriano^{a,b}, JF Marques^b,
CF Andrade^b, FVBD Santos^b, PM Paiva^b,
A Seber^{a,b}

^a Equipe Onco-TMO em Pediatria, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Samaritano de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A sobrevida de crianças com LLA B recidivada ou refratária é muito ruim. Tentativas de atingir remissão completa com quimioterapia impactam diretamente os resultados devido as toxicidades da quimioterapia e progressiva resistência dos blastos. O blinatumomab, anticorpo biespecífico que liga o CD3 dos linfócitos T ao CD19 dos blastos, tem eficácia documentada em doença quimio-refratária, dando a chance de iniciar o TCTH sem doença, contribuindo significativamente para melhor sobrevida. Esta estratégia foi descrita em outros países, mas não conhecemos a sua efetividade aqui. **Objetivo:** Avaliar a resposta e sobrevida em crianças com LLA B recidivada/refratária (R/R) tratadas com blinatumomabe seguido de TCTH alogênico. **Método:** Crianças com LLA-B R/R encaminhadas para nossa equipe de TCTH Pediátrico ainda com doença em atividade foram submetidas a avaliação líquórica e medular para quantificação da doença por imunofenotipagem e determinação de blastos para o CD19 (alvo do blinatumomab) e CD22 (alvo do inotuzumab). Crianças em recidiva hematológica, a quimioterapia com mini-HyperCVD (Jabbour E, personal communication) foi associada ao blinatumomab na dose recomendada em bula. Todos receberam quimioterapia intratecal profilática ou terapêutica. O condicionamento para TCTH não aparentado foi TBI 1200-VP (Forum Protocol) e para TCTH Haploidenteico, Fludarabina-TBI1200 e profilaxia de DECH com ciclosporina (CsA)-mini-metotrexate e ciclofosfamida pós TCTH, CsA, MMF, respectivamente. **Resultado:** 19 crianças receberam blinatumomabe seguido de TCTH alogênico com doadores

