

evidenced substitution of normal myeloid elements by 66% of moderate size blasts with high nucleo-cytoplasm ratio, basophilic cytoplasm some with microvacuolization, loosely attached chromatin and evidently surplusing nucleoles. Megakaryocyte were not observed. The cytological picture was suggestive of acute leukemia. Immunophenotypic analysis detected two anomalous and distinct cell populations. Population one with myeloid blasts (32.1% of total events acquired), CD7, CD13, CD33, CD34, CD38+, CD56, CD71+, CD81+, CD117, CD123+, HLA-DR and MPO (10%) positive markers. The second population was characterized by blasts co-expressing B and T lymphoid antigens (22.1% of total acquired events), CD2, cytoplasmic CD3, CD7, CD13, CD19, CD22, CD33, CD34, CD38+, CD56, CD71+, CD79a, CD81+, D117, CD123+ and HLA-DR positive markers. The immunophenotypic findings were compatible with Acute Leukemia of Mixed B, T and Myeloid phenotype [Mixed-phenotype acute leukemia (MPAL)]. Complex and compound karyotype showing monosomy of chromosome X, translocation between the long arms of chromosomes 2 and 5, 7 and 14, translocation between the short arm of chromosome 4 and long arm of chromosome 7, partial deletion of the long arm of chromosome 5, monosomy of chromosome 5, short arm isochromosome of chromosome 6, interstitial deletion of the long arms of chromosomes 7 and 9, monosomy of chromosomes 8, 9, 14, 16, 20 and 21, partial deletion of the long arm of chromosome 14 and trisomy of chromosome 20. Throughout hospitalization, the patient had evident thrombocytopenia (values below $5 \times 10^9/L$) and high platelet transfusion dependence. The regimen of hyperfractionated cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, and dexamethasone (hyper-CVAD) was proposed for induction of remission, however three days after initiation the patient presented acute respiratory failure due to probable alveolar bleeding unresponsive to mechanical ventilation, cardio respiratory arrest and death. MPAL is characterized by blasts with phenotypic markers of two or three hematopoietic lineages that cannot be clearly defined as acute myeloid or lymphoblastic leukemia. Cytogenetic aberrations are usually present and often associated with higher risk somatic mutations. Because it is a rare disease there are no treatments based on multicenter prospective studies. Anecdotal evidences have suggested that induction protocols used in the treatment of acute lymphoblastic leukemia followed by allogeneic bone marrow transplantation result in better outcomes when compared to treatments for acute myeloid leukemia. However, despite efforts to provide initial remission the prognosis remains poor.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.539>

POTENTIAL EFFECTS OF CITRUS FLAVONIDS HESPERIDIN AND ITS AGLYCONES HESPERETIN IN LEUKEMIA CELL LINE

IC Rocha^{a,b}, RGB Gomes^a, NG Amor^a,
STO Saad^a, MC Alvarez^{a,b}

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia
(Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas
(UNICAMP), Campinas, Brazil

^b Universidade São Francisco (USF), Bragança
Paulista, Brazil

Acute Myeloid Leukemia (AML) is a prevalent form of leukemia, responsible for an alarming 62% of all fatalities related to leukemia globally, and the current chemotherapy treatment is known for its considerable negative impacts on patient health. This underscores the potential of the bioactive compounds found in natural products as vital adjuncts in disease management. In this context, Hesperidin (HD) and its aglycone Hesperetin (HT), polyphenols classified as flavanones, were investigated for their pro-apoptotic properties on the K562 cell line. The MTT assay revealed IC₅₀ values of 200uM for HD and 150uM for HT, reflecting their potential in inhibiting cellular proliferation. Both compounds were found to induce programmed cell death at concentrations of 75, 100, 150, 200, and 300uM, across 24 and 48-hour time exposure. Intriguingly, HD demonstrated a more robust induction of apoptosis compared to HT at equivalent concentrations and duration of exposure, with apoptosis rates of 84% and 89% for 150uM HD at 24 and 48 hours, respectively, versus 32% and 38% for 150uM HT. These preliminary findings suggest that Hesperidin and Hesperetin may hold promise as efficacious initiators of the apoptosis pathway and could be explored as potential adjuvant therapies in the treatment of AML.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.540>

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM GESTANTE ADOLESCENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CO Costa^a, AFC Fernandes^a, AFT Rocha^b,
EG Figueiredo^b, IM Barbosa^b, MC Tupinambá^a

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

^b Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA),
Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O diagnóstico de câncer durante a gestação é uma condição de alto risco a saúde da gestante, podendo causar repercussões emocionais, além de grande preocupação aos profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento da paciente relacionado, à conduta terapêutica e ao prognóstico, sendo necessário avaliar o risco materno e as consequências para o feto, bem como as repercussões para o futuro reprodutivo da mulher. **Objetivo:** Relatar a experiência de Enfermeiros Oncologistas na assistência de uma paciente diagnosticada com Leucemia Mieloide Aguda grávida no segundo trimestre da gestação em um hospital de referência no estado do Ceará. **Método:** Estudo descritivo, tipo relato de experiência vivenciado por enfermeiros oncologistas em um hospital público terciário em Fortaleza-CE. **Resultados:** Paciente de 17 anos, gestante (IG:18s5d) com diagnóstico de LMA, apresentou mielograma com 39% de blastos. Hemograma inicial mostrou leucocitose com 10% de blastos e plaquetopenia. A equipe de saúde conversou com a paciente e familiares sobre a gravidade do quadro e chances de desfecho desfavorável da gestação, e que o tratamento da doença requer urgência com risco de morte para a paciente. A paciente e os responsáveis entenderam os riscos associados a tal condição, tendo optado

pela não interrupção da gestação. Iniciada administração pelos enfermeiros da citorredução com hidroxiureia 3 g/d e citarabina conforme prescrição médica, por leucocitose importante. Realizada administração do protocolo quimioterápico de indução (7+3 DAUNO 90) e MADIT. Após administração do protocolo foi realizado novo mielograma evidenciando 3% de blastos, tendo a paciente atingido a remissão citomorfológica com doença residual mínima negativa. Em ultrassonografia obstétrica evidenciou embrião vivo, bulhas cardíofetais presentes, porém com restrição de crescimento. Não foi indicada interrupção da gestação pela equipe, pois a idade gestacional já estava em 22 semanas. Paciente foi acompanhada durante toda a gestação, tendo dado continuidade ao tratamento. A criança nasceu sem nenhuma malformação ou condições patológicas identificadas ao nascimento. A mãe recebeu alta por remissão completa da doença. Seguindo em acompanhamento ambulatorial. Destaca-se o grande dilema vivenciado por toda a equipe multiprofissional ao ter que decidir um tratamento que reduzisse o máximo do risco a vida da adolescente, assim como garantir o mínimo de segurança para o feto, considerando a escolha da gestante pela não interrupção da gestação. **Conclusão:** É importante a atuação de equipe multidisciplinar com participação multidisciplinar e multiprofissional com: obstetras, pediatras, hematologistas, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros e assistente social que, em conjunto, devem considerar o estágio e agressividade do câncer, a idade gestacional, os fatores maternos e fetais associados, bem como respeitar as autonomia da paciente, após orientação clara e objetiva na tomada de decisões sobre as condutas propostas. Os enfermeiros Oncologistas tiveram um papel extremamente importante em todas as etapas do tratamento, ao orientar sobre o tratamento, sobre as possíveis complicações, ao administrar os antineoplásicos e monitorar intensivamente os possíveis efeitos colaterais, além de acolher a gestante de forma empática.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.541>

LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA COMO SEGUNDA NEOPLASIA PRIMÁRIA APÓS MIELOMA MÚLTIPLO

AFC Vecina^a, JR Assis^a, MA Gonçalves^b,
GMM Pascoal^a, JA Rena^a, RA Souza^c,
MRMB Silva^c, DFC Vecina^a, LA Vetorazzo^a,
MG Cliquet^a

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

^b Conjunto Hospitalar de Sorocaba (SES/SECONCI),
Sorocaba, SP, Brasil

^c Laboratório Sollutio, Indaiatuba, SP, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM), é uma neoplasia de plasmócitos, caracterizada clinicamente pelos achados do CRAB (hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e lesões

líticas). O ganho de sobrevida considerável nos últimos anos, devido a incorporação de novas estratégias terapêuticas, incluindo o uso dos imunomoduladores (IMiDs), possibilitou o aumento na incidência de segundas neoplasias primárias (SNPs). **Objetivo:** Descrever um caso de MM, com desfecho raro devido ao surgimento de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) como SNP. **Relato do caso:** A.M.O., masculino, 56 anos, diagnosticado com MM em maio/2019, apresentando 12% de plasmócitos monoclonais e pico monoclonal IgA/Kappa (7,89 g/dL). Foi inicialmente internado com Hb=5,5 g/dL, Ca²⁺=1,46 mEq/L, Cr=1,3 mg/dL e lesões líticas vertebrais de L1 a L3 - estadiamento ISS III (albumina: 2,97 g/dL, β -2-microglobulina: 10.526 ng/mL), Durie-Salmon IIIA. Por ser acompanhado em serviço público, foi tratado de 01/06 a 30/11/19, com CTD, atingindo RPMB, seguido por transplante de células hematopoiéticas (TCTH) autólogo em 23/01/2020. Em manutenção com Talidomida até 16/02/22, quando apresentou recidiva (Hb=10,5 g/dL, gamaglobulina de 5,35, β -2-microglobulina=5068 ng/mL). Iniciou tratamento sob protocolo VTD em 06/04/22 (6 ciclos), com nova RPMB (reavaliação medular com DRM negativa por imunofenotipagem e ausência de plasmócitos monoclonais na biópsia de medula), seguida por tentativa frustrada de 2º TCTH, por falha de mobilização. Manteve uso de talidomida até 21 de abril de 2023, quando deu entrada no PS com pancitopenia (Hb=5,7 g/dL, L=3000/mm³, N=420/mm³, p=31000/mm³). A avaliação medular revelou dupla população celular com 21,1% de blastos linfóides com fenótipo CD45++/CD34+++ /CD19+++ /CD13+ /CD22+++ /CD24+ /CD33+ /CD58+ /cIgM+ /cTdT+ /CD10 parcial (62%) /CD66c parcial (66%) e 15,6% de plasmócitos monoclonais com fenótipo CD45 parcial (69%) /CD38+++ /CD138+++ /CD27+ /CD28+ /CD56+ /CD117 parcial (52%), secretores de cadeia leve Kappa, compatível com Leucemia/Linfoma Linfoblástico B e Mieloma Múltiplo, com cariótipo complexo: 53,X,der(Y)t(Y;1)(p11.1;q12),del(1)(q21),+del(1)(p34)x2,+3,der(4)t(4;?)(q21;?),der(4)t(4;?)(p14;?),+7,-8,+del(9)(q13q22),+11,14,add(14)(p10),+15,+19,+21[cp13]/46,XY[7]. Infelizmente o paciente evoluiu a óbito antes de iniciar tratamento. **Discussão:** Há aumento na incidência de SNPs em pacientes com MM, principalmente da série mieloide, sendo a LLA raramente reportada. Devido ao fato de se tratar de neoplasias com origem linfóide B, aventou-se a possibilidade da LLA representar uma evolução clonal do MM. Entretanto, trabalhos recentes têm atribuído o desenvolvimento da segunda neoplasia ao tratamento prévio empregado, principalmente aos IMiDs, sem descartar a participação dos alquilantes pré TCTH. Nesse contexto, nosso paciente pode ser considerado uma LLA relacionada a terapia (tLLA) do MM, uma vez que foi submetido ao TCTH e fez uso prolongado de talidomida. **Conclusão:** Embora exista a possibilidade incomum do desenvolvimento de tLLA, o benefício do emprego da terapia prolongada de manutenção com IMiDs supera esse risco, devendo-se alertar, porém ao estudo precoce da medula óssea em pacientes com citopenia persistente, a fim de possibilitar um desfecho diferente do vivenciado por esse paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.542>