

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ APÓS REATIVAÇÃO DE CITOMEGALOVÍRUS NO PÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGENÊICO PARA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS T

TADS Marcos^a, GMM Pascoal^b, JA Rena^b, BN Nascimento^b, DR Spada^b, DB Cliquet^c, AFC Vecina^b, JR Assis^b, MA Goncalves^d, MG Cliquet^b

^a Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Paulo, SP, Brasil

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

^c Hospital da Força Aérea (HFASP), São Paulo, SP, Brasil

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

Introdução: A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), na maioria dos casos é de células B, sendo que nas crianças apresenta frequentemente o antígeno CD10+ (CALLA). Cerca de 20% dos casos de LLA são de células T e esses são mais comuns em adultos. Sua apresentação clínica pode ter leucocitose, linfonodomegalias, esplenomegalia, infiltração do SNC e por vezes alargamento de mediastino. Os blastos são TdT positivos com expressão variável de CD 1a, 2, 3, 4, 5, 7, e 8. CD3 e CD7 citoplasmáticos são frequentemente positivos. Em geral tem prognóstico pior do que as LLA B e o tratamento deve ser o pediátrico, principalmente para pacientes adultos jovens que toleram esses tratamentos. O esquema HyperCVAD também se mostra eficiente. Pelo fato de em adultos, mesmo jovens, haver uma alta frequência de recidivas, o transplante alogênico de células tronco hematopoéticas (TCTH) deve ser indicado, principalmente em pacientes de alto risco. O TCTH tem como complicações a reação do enxerto contra o hospedeiro, bem como intensa imunossupressão, principalmente nos primeiros 100 dias. A reativação do citomegalovírus (CMV) pode ocorrer e levar a quadros graves de pneumonia intersticial e outras complicações. A reativação deve ser avaliada através da vigilância de exames moleculares de sangue e de urina, e em ocorrendo, tratada com ganciclovir. A síndrome de Guillain-Barre (GB) está relacionada a infecções e vacinas em grande parte dos casos e é caracterizada por uma fraqueza muscular simétrica, ascendente principalmente de músculos proximais. **Objetivo:** Relatar um caso de GB após transplante e reativação de CMV. **Método:** Avaliação de prontuário do paciente. **Relato do Caso:** Paciente de 19 anos com anemia (Hb = 7,8 g/dL), plaquetopenia (90.000/mm³) e leucocitose (23200/mm³) com blastos circulantes, teve o diagnóstico firmado de LLA T em março de 22. Medula óssea com 96% de blastos CD45+/-CD34parcial/CD2+/CD7+/CD35+/cCD3parcial/CD3parcial/CD5 parcial/CD10parcial/CD13parcial/CD33parcial/CD56parcial,TCRa/bparcial. Tratado com 8 ciclos de HyperCVAD e profilaxia do SNC de 03 a 10/2022. DRM positiva após 1 ciclo de indução e não mensurável após o terceiro ciclo. Encaminhado ao TCTH com Irmã 100% compatível como doadora. Transplante realizado em 11/2022 e em 12/2022

reativação de CMV. Iniciado tratamento com ganciclovir. Algumas semanas depois evoluiu com quadro de fraqueza muscular, parestesia bilateral e simétrica, inicialmente em mãos e pés. Perda de força em membros inferiores e posteriormente em membros superiores. Não apresentou febre, diarreia ou sintomas gripais prévios. TC de Crânio, Coluna Cervical, Torácica e Lombossacra sem alterações. Liqueur com leuco = 2, hemácias = 4 e Proteínas = 51. Dois meses depois: 7 células e 528 de proteínas. Dissociação proteíno-citológica. Tratado com altas doses de imunoglobulina, evoluiu com sequelas motoras e manteve quadro de fraqueza no 2º neurônio motor dos 4 membros, axial. ENMG evidenciou lesão grave multirradicular sem denervação ativa em franca recuperação. Atualmente com quimerismo de 100% da irmã e se mantém em remissão após 9 meses do TCTH com DRM não detectável. **Discussão:** A síndrome de GB pode ocorrer após infecções virais ou vacinas. Há relatos de GB em pacientes transplantados e em pacientes com infecções por CMV. O caso em questão suscitou dúvidas quanto à possível recidiva da doença em SNC, mas a investigação mostrou outra causa para o quadro neurológico, ou seja, a poliradiculoneurite ou Síndrome de Guillain-Barré.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.543>

ESCORES DE EXPRESSÃO GÊNICA: UMA PROMISSORA ESTRATÉGIA PARA A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO EM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM CENTROS COM RECURSOS LIMITADOS

MES Santos, ML Arrojo, GM Berbel, JPZ Murarolli, LLF Pontes, RA Panepucci

Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto (FUNDHERP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A escolha da melhor conduta terapêutica para os pacientes com Leucemia Mieloide Aguda (LMA) depende de uma estratificação de risco precisa, a qual exige uma extensa caracterização citogenética e molecular. No entanto, a complexidade e os altos custos dos métodos utilizados impedem sua ampla adoção. Escores baseados na avaliação da expressão gênica têm mostrado um enorme potencial para a estratificação de risco, mas muitos deles também se baseiam em técnicas de alto custo. Nesse contexto, dada a popularização dos equipamentos de PCR quantitativo (qPCR), a identificação de um escore de risco baseado em um número pequeno de genes poderia permitir o estabelecimento de um teste de qPCR simples e de custo reduzido para auxiliar o manejo clínico dos pacientes nos centros sem acesso às abordagens usuais. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão da literatura em busca de escores de expressão baseados em poucos genes e com valor clínico validado. **Resultados:** Dentre todos os escores identificados, destacam-se aqueles que refletem a biologia e o prognóstico dos pacientes com LMA. Em especial, o escore LSC17, composto pelos genes DNMT3B, NYNIN, LAPTM4B, MMRN1, DPYSL3, KIAA0125, SOCS2, EMP1,