

eram LLA B Ph-negativo (cromossomo Philadelphia), 2 (3,85%) eram LLA B Ph-positivo, 5 (9,6%) eram LLA T e 1 (1,9%) era leucemia de linhagem ambígua. Ocorreram 28 óbitos (53,8%). A principal causa de óbito nos primeiros 30 dias dos pacientes em tratamento foi infecção (63,6%). A mortalidade aos 30 dias do início do tratamento foi 22,4% e aos 60 dias, 28,6% (com exclusão de 3 pacientes que fizeram tratamento de suporte). Dos 11 óbitos aos 30 dias, que iniciaram tratamento, 63,6% foram por infecção. A mediana de SG foi de 12,2 meses (3,2 meses à não alcançada). A mediana de SG com “7+3” foi 10,9 meses. A mediana de SG com ARA-C subcutâneo foi não alcançada (3,7 meses a não alcançada). A mediana de SG com PETHEMA 2005 não foi alcançada. A mediana de SG com GMALL foi de 14,2 meses. A mediana de SG com GMALL + imatinibe não foi alcançada. **Discussão:** Um estudo realizado na Suíça, com pacientes com diagnóstico de LMA, mediana de idade de 67 anos (18 a 94 anos), encontrou mediana de SG de 6 meses e taxa de SG em 2 anos de 16%. É importante ressaltar que a LMA refratária primária pode ocorrer em 10% a 40% dos pacientes. Já no cenário brasileiro, um estudo com pacientes com LMA, mediana de idade de 54 anos (17 a 74 anos), encontrou mortalidade em 45 dias de 23,8%. Dentre os pacientes com LLA, um estudo brasileiro que avaliou pacientes tratados com protocolo GMALL (07/2003), com mediana de idade de 35 anos (16 a 71 anos), apresentou taxa de mortalidade precoce de 17% e encontrou mediana de SG de 17 meses. **Conclusão:** O presente estudo mostra que a prevalência de leucemias agudas e os desfechos encontrados no HUB são compatíveis com os dados da literatura. A mortalidade relacionada ao tratamento é um importante fator contribuidor para piores desfechos tanto na LMA quanto na LLA, particularmente em cenários de alto risco e de recaída. Mas é preciso tentar entender e diferenciar a proporção de eventos que estão relacionados ao tratamento e aqueles que acontecem em decorrência de progressão de doença/recaída.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.556>

RELATO DE CASO: PANCREATITE AGUDA RECIDIVANTE SECUNDÁRIA À PEG- ASPARAGINASE

TS Hahn^a, GCL Bellini^a, JF Knaach^a, EW Silva^a,
MFL Pezzi^a, AH Schuck^a, LV Calderan^a,
BK Losch^a, LM Lorenzini^a, ACF Segatto^b,
A Kittel^b, KCN Corbellini^b

^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do
Sul, RS, Brasil

^b Hospital Geral de Caxias do Sul, Caxias do Sul, RS,
Brasil

Introdução: A pancreatite medicamentosa é uma condição rara, sendo uma manifestação frequente relacionada aos quimioterápicos, entre eles, a PEG-asparaginase (PEG-ASP) é uma das principais drogas associadas, tanto na população pediátrica quanto adulta. **Objetivos:** Relatar um caso de pancreatite aguda grave secundária a PEG asparaginase durante o

tratamento de Leucemia Linfoblástica Aguda T (LLA). **Relato de caso:** Menino, 7 anos, previamente hígido, encaminhado ao hospital terciário por febre, dor em membros inferiores, leucocitose, plaquetopenia e anemia, além do histórico de múltiplos episódios de infecções de vias aéreas superiores. Por suspeita de leucemia realizado imunofenotipagem de sangue periférico, a qual confirmou o diagnóstico de LLA tipo T. Ademais, identificou-se presença de blastos em líquido. Iniciou tratamento com o protocolo BFM 2009, evoluindo com pancreatite aguda grave associada ao uso de PEG-ASP no bloco anterior (cerca de 30 dias), corticoide (dexametasona) e citarabina durante o início do bloco HR3, com necessidade de manejo em unidade de terapia intensiva (UTI). Durante a internação, apresentou deficiência exócrina, evidenciado por esteatorreia auto-limitada. Após recuperação, paciente permaneceu com doença residual em medula óssea (MO), optado pela troca do protocolo para St Jude R15. O paciente evoluiu com melhora da insuficiência exócrina do pâncreas, recebendo novamente PEG-ASP, tendo nova agudização da pancreatite, além de cetoacidose diabética, está provavelmente pelo uso de corticoide em altas doses. Atualmente, o paciente encontra-se em fase de manutenção com doença em remissão, sendo contraindicado o uso da PEG-ASP, enquanto aguarda transplante de medula óssea alogênico. **Discussão:** A leucemia linfoblástica aguda (LLA) é a malignidade mais comum na população pediátrica, representando cerca de 75% dos casos nesta população. O avanço das terapêuticas promoveu o aumento da sobrevida global para 80% a 90%. A asparaginase foi essencial nesta evolução, porém está associada a diferentes toxicidades, como: hipersensibilidade, hiperglicemia, distúrbios da coagulação, neurotoxicidade, hepatotoxicidade e a pancreatite aguda. A incidência de pancreatite aguda associada a asparaginase é cerca de 2 a 18% dos pacientes com LLA, podendo surgir de 1 a 71 dias após o uso dessa medicação. Destes, somente 5 a 10% apresentam quadro de pancreatite grave, com até 17% risco de reincidência após novas exposições. A apresentação do quadro é deveras variável, podendo ocorrer alterações laboratoriais assintomáticas até Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). Estes quadros podem cursar com complicações como pseudocisto, necrose e até coleções. O tratamento possui objetivo de dar suporte, consistindo em jejum e analgesia até melhora do quadro. Quanto a continuidade da droga, na população adulta a droga se torna contraindicada após o episódio de pancreatite sintomática, já na pediátrica, é uma contraindicação relativa, devendo ser considerado risco de novos episódios e a necessidade de permanecer usando PEG-ASP. **Conclusão:** Atualmente os estudos referentes a pancreatite aguda por PEG-ASP indicam a presença de uma predisposição genética para a ocorrência da complicação, bem como a sua severidade. Todavia, ainda é necessário maior investigação quanto tais polimorfismos e a sua aplicabilidade clínica, podendo ser utilizado para os casos como o relatado, auxiliando na decisão de contraindicar a droga ou permanecer com seu uso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.557>