

sobrevida global a longo prazo apenas com o tratamento quimioterápico. O acompanhamento da expressão do RUNX1-RUNX1T1 por PCR em tempo real pode ser uma ferramenta para avaliar doença residual mensurável e risco de recaída da doença. O tratamento do sarcoma mieloide deve ser igual ao da LMA e os pacientes jovens devem ser tratados com quimioterapia intensa, sendo a radioterapia uma opção de tratamento complementar em casos selecionados. O avanço na pesquisa de risco citogenético e molecular na LMA permite o tratamento cada vez mais individualizado do paciente e melhores resultados a longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.577>

MIOPERICARDITE PÓS CITARABINA: UM RELATO DE CASO

LF Negri, NPV Silveira, FPS Michel, AP Gouvêa, MO Ughini, RS Ferrelli, DB Lamaison

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC),
Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre,
RS, Brasil

Introdução: Citarabina é um antimetabólito utilizado no tratamento de Leucemia Mieloide Aguda, Leucemia Linfóide Aguda e Linfoma não Hodgkin. Possui efeitos adversos como a Síndrome da Citarabina (febre, mialgia, dor óssea, rash maculopapular e conjuntivite) e Síndrome Cerebelar. **Relato de caso:** Paciente masculino de 29 anos, com Leucemia Linfoblástica Aguda, alto risco, philadelphia negativo, em tratamento com protocolo quimioterápico GRAALL 2009. 12 dias após administração de citarabina 2000 mg/m² em segunda consolidação, inicia com dor precordial intensa, pior a inspiração profunda. ECG com supra elevação de ST difuso e infra de PR, troponina ultrasensível 1226 sem curva em 2h. Ecocardiografia sem sinais de derrame pericárdico ou outras complicações. Em avaliação por serviço de cardiologia iniciado colchicina 0,5 mg 12/12h por 3 meses. Ecocardiografia sem derrame ou pericardite constritiva. Evolui com melhora clínica e de alterações eletrocardiográficas. **Discussão:** A pericardite é uma complicação rara de quimioterápicos, podendo ocorrer com daunorrubicina, doxorubicina, ciclofosfamida, bleomicina, dactinomicina e citarabina. É potencialmente grave, podendo evoluir com derrame pleural e tamponamento cardíaco. Especificamente quanto a citarabina, sua fisiopatologia não está definida, sendo cogitado reação de hipersensibilidade, ocorrendo principalmente em paciente previamente sensibilizados e se desenvolvendo entre 3 e 28 dias da nova exposição ao fármaco e tendo boa resposta a corticoterapia. Apesar de complicações exclusivamente cardíacas serem atípicas, também são descritas arritmias ventriculares e supraventriculares com citarabina. **Conclusão:** Considerando a alta frequência com que Ara-C é utilizado no tratamento de neoplasias, faz-se importante descrever e alertar quanto às suas complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.578>

LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA RECAÍDA COMO PANCITOPENIA COM PML-RARA NEGATIVO: UM RELATO DE CASO

LF Negri, NPV Silveira, FPS Michel, AP Gouvêa, MO Ughini, RS Ferrelli, DB Lamaison, LCG Trindade

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC),
Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre,
RS, Brasil

Introdução: Leucemia Promielocítica Aguda possui tratamento de primeira linha com ATRA+esquema baseado em antraciclina ou ATRA+ATO, ambos apresentando altas taxas de sobrevida livre de progressão em 5 anos. **Relato de caso:** Paciente masculino de 33 anos, com diagnóstico de Leucemia Promielocítica Aguda em 2020, risco intermediário. Realizou tratamento com protocolo quimioterápico PETHEMA, evoluindo com remissão morfológica e PML-RARA negativo. Posteriormente à manutenção apresentando pancitopenia e sangramentos mucocutâneos. Em abril e junho de 2023, PML-RARA negativo em medula óssea. BMO com 1% de celularidade de células hematopoéticas. Em cariótipo de MO, apesar de crescimento insatisfatório, foi identificada única célula com t(15;17). Repetido para confirmação, mas sem crescimento de cariótipo em nova amostra. Iniciado tratamento para leucemia promielocítica recaída com ATRA+ATO. **Discussão:** Este caso representa um desafio diagnóstico devido a apresentação clínica, sem identificação de promielócitos, sendo inicialmente difícil a diferenciação com aplasia de medula pós quimioterapia. Recomenda-se seguimento com PCR PML-RARA com sensibilidade superior a 10⁻³. A não identificação por meio de PCR e apenas a identificação da translocação com o cariótipo contribuiu para o atraso no diagnóstico. Apesar da maior facilidade de acesso e possibilidade de coletas mais frequentes, a pesquisa em sangue periférico não possui sensibilidade equivalente à pesquisa em MO. Apesar de a maior parte dos pacientes tratados em primeira linha apresentar remissão completa com terapia baseada em ATRA, é descrita recaída em 5-10% nos tratados com esquema com antraciclina. A base do tratamento em segunda linha depende do esquema já utilizado, podendo incluir indução e manutenção baseada em trióxido de arsênio seguido de transplante de medula óssea. **Conclusão:** Apesar das altas taxas de sucesso com a primeira linha de tratamento, faz-se necessário ressaltar a importância do seguimento adequado dos pacientes com LPA.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.579>

LEUCEMIA DE CÉLULAS NATURAL KILLER - RELATO DE CASO

DEG Camargo^a, LMAD Santos^a, MC Gomes^a, AC Griciunas^a, IAA Barcessat^a, PSF Junior^a, JSL Andrade^a, VM Stel^b, VAQ Mauad^a, DMM Borducchi^a

^a Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo André, SP, Brasil

^b Afip Medicina Diagnóstica, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Descrever o quadro clínico e laboratorial de um caso de leucemia de células Natural Killer (LCNK), além de discutir a escolha e resultados obtidos com o tratamento dessa condição. **Introdução:** A LCNK é uma variante leucêmica rara e agressiva, com mediana de sobrevida de 2 meses, descrita pela primeira vez em 1980. Predomina na Ásia e populações indígenas nas Américas. Principalmente adultos jovens na 3ª década de vida e tem forte associação com vírus Epstein-Barr (EBV). A apresentação mais prevalente envolve sintomas B, hepatoesplenomegalia maciça, anemia, plaquetopenia, coagulopatia intravascular disseminada e síndrome hemofagocítica. O imunofenótipo mais comum é CD3-, CD4-, CD8+, CD16+, CD56+. Por se tratar de patologia rara, o tratamento ideal ainda não está consolidado, sendo baseado em pequenos estudos clínicos com relato de casos. **Métodos e materiais:** Relato de caso, de um paciente com LCNK, assistido pela equipe de onco-hematologia do Hospital Estadual Mário Covas (HEMC). **Resultados:** CPB, feminino, 37 anos, afrodescendente, transferida para o HEMC para investigação de esplenomegalia volumosa, associada à sintomas B e queda do estado geral há 2 meses. Possuía ultrassonografia de abdome, realizada 4 meses antes da admissão, demonstrando esplenomegalia. Na avaliação inicial baço palpável a 8cm do rebordo costal esquerdo, hemoglobina 8.4 g/dL, plaquetas 165 mil/mm³, leucócitos 11 mil/mm³ - 8% de blastos, neutrófilos 4.29 mil/mm³ e linfócitos 4.29 mil/mm³. A imunofenotipagem de sangue periférico com CD3-, TCRab-, TCRgd-, CD4-, CD8+, CD16-, CD56+, CD57parcial. Mielograma com 15% de formas imaturas, com cromatina algo frouxa, nucléolos inconspícuos, alta relação núcleo/citoplasma, citoplasma basofílico, irregular, por vezes esboçando projeções citoplasmáticas, raras formas agrupadas e fenótipo confirmando LCNK. A sorologia para EBV IgM-/IgG+. Iniciado tratamento com protocolo SMILE modificado. Após conclusão do 1º ciclo evoluiu com hepatotoxicidade: TGO 644, TGP 495, Bilirrubina total 3.2 (indireta 1.63), FA 329, DHL 473 - normalizados após 1 mês. A pesquisa de doença residual mínima pós ciclo 1 era de 0.55%, prosseguiu-se manutenção com esquema POMP, por toxicidade prévia e encaminhamento para consolidação com transplante de células tronco hematopoieticas (TCTH). **Discussão:** O termo LCNK começou a ser usado nos anos 80. Sua abordagem diagnóstica vem progredindo desde então por não possuir características moleculares marcantes e imunofenotípico, dependendo também da relação com a apresentação clínica. Com os avanços em estudos genômicos, vem gerando-se compreensão diferente da doença e novos direcionamentos terapêuticos. Estudos recentes demonstram benefício L-Asparaginase em indução e resposta inadequada a antraciclicos. E embora o prognóstico se mantenha sombrio, sobrevidas prolongadas foram observadas em pacientes que atingiram remissão e foram submetidos a TCTH alogênico. **Conclusão:** Neste relato apresentamos uma paciente jovem com desfecho favorável a protocolo com asparaginase peguilhada e sem antraciclicos, corroborando a sugestão de que protocolos como esse podem ser opção mais válida para tratamento dessa patologia rara. A realização de TCTH alogênico permanece como parte fundamental do tratamento.

ANÁLISE DE SOBREVIDA GLOBAL DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM PACIENTES COM MAIS DE 60 ANOS ACOMPANHADOS NA UNIDADE DE HEMATOLOGIA DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

IL Pontes^a, MS Cidrão^b, JBSC Cidrão^b, GM Oliveira^c, FET Filho^c, DS Oliveira^c, LFA Alves^c, FAC Silva^c, KMC Albuquerque^c, LA Gurgel^c

^a Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE, Brasil

^b Faculdade CHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil

^c Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução/Objetivos: A leucemia mieloide aguda (LMA) é uma neoplasia onco-hematológica, cuja mediana de idade é de 70 anos. Nesse sentido, muitos pacientes com LMA não são candidatos preferenciais para quimioterapia intensiva. Com o desenvolvimento de novos fármacos, como agentes hipometilantes e inibidores do BCL2, muitos pacientes, que não seriam candidatos à quimioterapia intensiva, são agora candidatos a esquemas menos intensos e até mesmo transplante alogênico. No sistema público, ainda não há acesso fácil a esse tipo de tratamento. Desse modo, avaliar os fatores associados ao desfecho ruim nesse grupo de pacientes é importante para a definição de melhores estratégias de manejo de tratamento. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, utilizando dados dos internamentos de pacientes na unidade de Hematologia do Hospital Geral de Fortaleza, do período de 03/08/2015 a 19/07/2023. Os dados foram expressos em termos de mediana (intervalo interquartil - IQR). Foram utilizados testes não-paramétricos para avaliação de variáveis não pareadas. Para a avaliação de chance de sobrevida, foi utilizado o método de Kaplan-Meier, bem como o modelo de regressão de Cox. Foram considerados estatisticamente significativos valores de p-valor < 0,05. Para valores de p-valor entre 0,05-0,1, considerar-se-á tendência de associação significativa. **Resultados:** No período avaliado, foram compilados dados de 48 pacientes com LMA, dos quais 25% tinham mais de 60 anos. Na análise comparativa entre pacientes com mais de 60 anos e menos de 60 anos, houve diferença significativa entre D14 positivo (maior nos pacientes com mais de 60 anos; p-valor: 0,002); houve tendência de taxa de remissão completa após indução ser maior em pacientes com menos de 60 anos (p-valor: 0,072). Na análise através do modelo cumulativo de sobrevida, houve tendência de diferença significativa entre os dois grupos (18,8 meses em pacientes com menos de 60 anos x 5,7 meses em pacientes acima de 60 anos, p-valor: 0,069). Na análise do modelo de regressão de Cox, apenas ter atingido remissão completa na primeira indução (CR1) teve associação significativa, quando, analisada com sexo masculino, ter feito transplante alogênico e D14 positivo (p-valor: 0,02). **Discussão:** O tratamento de pacientes com LMA com idade elevada é um desafio, especialmente quando não se dispõe de novos medicamentos com menores índices de complicações infecciosas durante o tratamento. Na presente avaliação, pacientes com mais de 60 anos tiveram desfecho pior que pacientes com idade inferior.