

de leucemias mielóides, em estudo que incluía pacientes com NBCDP. Nesse paciente, obtivemos resposta parcial ao tratamento, apesar da progressão de doença cerca de 10 dias após PETCT, em paciente fora de tratamento. Importante salientar, que devido múltiplas complicações clínicas, o paciente teve interrupções no tratamento. **Conclusão:** Evidências atuais mostram a viabilidade do uso isolado ou combinado do Venetoclax no tratamento de NBCDP. Porém, mais dados são necessários. Atualmente, há estudo clínico investigando seu papel na doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.285>

284

### NEUROTOXICIDADE SECUNDÁRIA A QUIMIOTERAPIA INTRATECAL EM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA)

E.T. Calvache, T.L. Secchi, M.A. Coutinho, J.P. Portich, D.B. Lamaison, L.L.A. Silva, A.S. Ribeiro, E.D.D. Santos, D.H. Catelli, A.A. Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

**Objetivos:** Caso clínico de paciente com LLA que desenvolveu neurotoxicidade durante a quimioterapia. **Material e métodos:** Relato de caso utilizando informações obtidas através do prontuário eletrônico. **Resultados:** Paciente feminina, 18 anos, portadora de LLA B comum, sistema nervoso central (SNC) negativo ao diagnóstico, risco standard no protocolo BRALL. Durante a fase de indução II, apresentou alteração do nível de consciência e crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas, necessitando ventilação mecânica por 72 horas. PAINEL metabólico, reumatológico, infeccioso, TC de crânio, eletroencefalograma e líquor, sem achados relevantes. Após melhora clínica, exame neurológico com ataxia de marcha, dismetria apendicular bilateral e disartria. Prosseguiu investigação, RM crânio, hipsinal em T2/FLAIR na substância branca periventricular bilateral e centros semi-ovais, com restrição à difusão, sugestivo de leucoencefalopatia tóxica. O diagnóstico de ataxia cerebelar subaguda associado a leucoencefalopatia induzida pela quimioterapia (QT), possivelmente intratecal (IT), foi considerado, sendo optado por suspensão da mesma. Nas semanas subsequentes, apresentou resolução da síndrome atáxica e controle das crises convulsivas com uso de Levetiracetam. **Discussão:** LLA-B é doença predominante da infância. Nos últimos anos, a melhora da estratificação, realização da doença residual mensurável e conhecimento acerca dos casos Ph like tem ajudado no desenvolvimento no tratamento alvo. O comprometimento do SNC ao diagnóstico é incomum (3 - 7%), mais frequente na população pediátrica. Na ausência de profilaxia o risco de desenvolvimento no SNC é maior do que 50%. Algumas séries relatam 30 a 40% dos casos correspondem a recaída no SNC, por isto, a avaliação e tratamento profilático do SNC é uma prática estabelecida. O regime de QT IT compreende metotrexato (MTX) com ou sem citarabina (Ara-C) e corticoide. Neste protocolo, o regime é terapia tripla, 15 mg MTX, 40 mg Ara-C e 4 mg dexametasona. Neurotoxicidade induzida

por MTX sistêmico e intratecal foi relatada podendo causar alterações agudas, subagudas e crônicas. Incidência entre 3 a 10%, em contraste com a Ara-C que correspondem na maioria à administração sistêmica em altas doses com poucos relatos na exposição IT. A meia-vida da Ara-C IT é de 2 a 6 horas e MTX IT, é bifásica, às 4.5 e 14 horas. Fatores predisponentes são idade, risco, deterioro da função renal, dose e via de administração. A paciente apresentou quadro inicial grave com recuperação progressiva e resolução das alterações na neuroimagem. As manifestações concordaram com as descritas na literatura, apresentação clínica variável incluindo convulsões, déficit neurológico focal e/ou neurocognitivo, síndrome stroke-like e outras como cefaleia, vômito, letargia, entre outros. Leucoencefalopatia difusa tem sido relatada em 40% dos pacientes após a aplicação do MTX, pode ocorrer em assintomáticos, como reportado por Bhojwani et al., sendo descrita em 20.6% de 355 pacientes. Não existe tratamento estabelecido para a neurotoxicidade secundária à Ara-C e MTX, além da suspensão, alguns relatos implementaram uso de corticoide, plasmaferese ou observação. **Conclusão:** Na LLA, a QT IT faz parte fundamental do tratamento, porém as complicações neurológicas representam um desafio devido à diversidade e potencial gravidade das manifestações clínicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.286>

285

### NEUROTOXOPLASMOSE DURANTE A CONSOLIDAÇÃO DE REMISSÃO EM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA

J.R. Assis, M.F. Menin, G.S. Lucena, L.F. Rocha, D.B. Cliquet, M.A. Gonçalves, A.C. Vecina, M.G. Cliquet

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

**Introdução:** A imunossupressão decorrente de tratamentos quimioterápicos relaciona-se com diversas infecções e, dentre elas, pode ocorrer reativação de toxoplasmose. Existem relatos de neurotoxoplasmose em pacientes submetidos a quimioterapias antineoplásicas e a transplantes de células tronco hematopoiéticas. O diagnóstico é feito pela clínica, sorologia e imagem tomográfica (TC) ou de RNM. Na TC, a partir da aplicação de contraste iodado, ocorre um realce de um halo, o qual delimita uma região de inflamação, cujo centro fica hipodenso, ilustrando necrose; esses anéis geralmente apresentam 1 à 4 cm, em diversas regiões cerebrais. Em paralelo, a Ressonância Magnética consegue fornecer sinais de lesões mais sutis, além de ser melhor para acompanhar a evolução da doença. Em ambos, a aplicação do contraste se torna importante, visto que evidencia ainda mais o edema perilesional, para a diferenciação de leucoencefalopatia multifocais progressivas, isto é, linfomas o qual é um importante diagnóstico diferencial. O tratamento se inicia empiricamente em todos os casos, exceto em pacientes com lesões grandes que precisam de descompressão externa e biópsia, com lesões sugestivas de linfoma na tomografia e em pacientes com lesão única e sorologia negativa para