

LEUCEMIA DE CÉLULAS PLASMOCITÁRIAS EM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN E LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA: RELATO DE CASO

LFS Dias, DCOS Lopes, AAF Ribeiro, NF Centurião, CLM Pereira, JZMD Nascimento, TS Datoguia, RL Stanzione, KB Bucci, N Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Leucemia de células plasmocitárias (LCP) é uma neoplasia muito agressiva e rara. Mais inédito ainda é a ocorrência de LCP no paciente com diagnóstico prévio de linfoma de Hodgkin e leucemia linfocítica crônica (LLC). **Objetivo:** Descrever o diagnóstico desafiador de neoplasias hematológicas concomitantes e a importância de estratégia terapêutica individualizada neste cenário. **Relato de caso:** Homem de 86 anos, diagnosticado com linfoma de Hodgkin Clássico há 13 anos. Foi tratado com 8 ciclos de ABVD. Há 4 anos apresentou recaída do linfoma de Hodgkin e sinais de LLC em linfonodo. Recebeu 6 ciclos de Brentuximab e Bendamustina. Evoluiu com progressão de doença, sendo iniciado Pembrolizumab de resgate. Após 2 anos de tratamento com Pembrolizumab, apresentou progressão clínica, de modo que foi optado por suspender Pembrolizumab e trocar por Ibrutinib. Após 1 ano em uso de Ibrutinib, foi admitido na emergência com quadro de sonolência, cansaço, dispneia e queda de saturação. Exames laboratoriais mostraram anemia, linfocitose atípica (26% dos leucócitos em sangue periférico), piora da função renal e hipercalcemia. Imunofenotipagem de sangue periférico evidenciou 49,0% de células plasmocitárias com fenótipo anômalo e 2,15% de células CD19 positivo, compatível com LCP e com população de LLC. Iniciado tratamento com esquema VRD (Bortezomib, Lenalidomida e dexametasona). Quimioterapia foi suspensa no sétimo dia devido à contraindicação clínica. Optado em conjunto com a família por cuidados de conforto. Paciente foi a óbito logo após. **Discussão:** Apesar de raro, a associação de LLC e Linfoma de Hodgkin já foi descrita em literatura, porém este é o primeiro relato de LCP, LLC e linfoma de Hodgkin no mesmo paciente. A patogênese da ocorrência simultânea destas neoplasias é desconhecida. Estudos descrevem aumento de neoplasias em pacientes com mieloma múltiplo (MM), com incidência de até 10%. A prevalência de LLC é maior nos pacientes com MM (0,26%) quando comparado a da população em geral (0,05%), provavelmente por uma neoplasia de células B predispor à outra. Não é descrito a associação de LCP com LLC ou linfoma de Hodgkin, apenas de MM com essas 2 entidades. **Conclusão:** Descrevemos o curso clínico de homem com antecedente de linfoma de Hodgkin e LLC diagnosticado com Leucemia de Células Plasmáticas, apresentando quadro agressivo com evolução a óbito logo após o diagnóstico a despeito do tratamento com VRD. Não há um consenso bem estabelecido quanto ao manejo de neoplasias hematológicas concomitantes, contudo é fundamental individualizar o tratamento levando-se em consideração apresentação clínica, status performance do paciente e seus valores de vida.



LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA PH+ E RECAÍDA ISOLADA EM SNC APÓS TMO ALOGÊNICO

VRS Junior^a, LG Carvalho^b, MCG Silva^c, VMB Arruda^c, MP César^c, MCB Correia^{a,b}, MFH Costa^{a,b,c}

^a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HemoPE), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

^c Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: A positividade para o cromossomo Filadélfia (Ph+) na leucemia linfoblástica aguda (LLA) é a alteração citogenética mais frequente entre os adultos (20%- 30%), sendo mais comum naqueles maiores que 50 anos. Em relação ao quadro clínico, há maior incidência de acometimento de sistema nervoso central, bem como pior prognóstico e resposta ruim ao tratamento instituído. **OBJETIVO:** relatar as características clínicas, laboratoriais e do tratamento instituído num paciente portador de LLA Ph+. **MATERIAL E MÉTODO:** Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada análise de prontuário, revisão da literatura sobre LLA Ph+ com recaída exclusiva em SNC, para relato e discussão de caso clínico. **Caso clínico:** Homem, 28 anos, com leucemia mielóide crônica BCR/ABL positivo (LMC Ph+) em uso de imatinibe evoluiu com transformação para LLA Ph+. Fez protocolo HiperCVAD associado a dasatinibe, sendo refratário a esta quimioterapia. Seguiu o resgate com IDA-FLAG associado ao dasatinibe, alcançando remissão completa e encaminhado para o transplante de medula óssea (TMO) halogênico aparentado. Três meses após TMO iniciou quadro de cefaléia e turvação visual, com análise de liquor (LCR) com presença de 100% de células blásticas, indicando recaída em SNC. Nessa ocasião, mielograma normal, sendo optado por retornar o dasatinibe e realizar quimioterapia intratecal (dexametasona, citarabina e metotrexato) associado a quimioterapia sistêmica com altas doses de metotrexato e radioterapia de SNC, alcançando remissão completa com LCR negativo para células neoplásicas. Segue em manutenção com POMP e dasatinibe, estável clinicamente e sem queixas. **Discussão:** O uso dos inibidores de tirosina kinase (TKI), dasatinibe, nesses casos, bem como o TMO alogênico permanece, a opção curativa, principalmente em pacientes jovens que toleram esta terapia. Neste paciente, o uso de dasatinibe, baseou-se em sua melhor penetração em SNC, bem como em sua maior potência medicamentosa. Recaídas ocorrem em número considerável de pacientes, sendo de suma importância a avaliação de mutações genéticas, principalmente a T315I, para a tentativa de troca de TKI. Em relação a recaída em SNC, está presente em cerca de 30 a 40% das recaídas na LLA. **Conclusão:** Mesmo utilizando a terapia padrão com uma excelente combinação (HyperCvad + dasatinibe), seguido de TMO alogênico e mesmo com profilaxia de SNC, este paciente apresentou prognóstico desfavorável, demonstrando a diversidade clínica da LLA Ph+, podendo ser predeterminada com uma análise citogenética detalhada, infelizmente indisponível na instituição.

