

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Avaliar resposta, toxicidade e sobrevida de pacientes com Leucemia Mieloide Aguda (LMA) não elegíveis à quimioterapia intensiva de indução, tratados em serviço público de saúde, induzidos em primeira linha com 1 a 2 ciclos de Venetoclax e CBD associado a azólico, seguido de manutenção com CBD. **Material e métodos:** Seis pacientes, inelegíveis a quimioterapia intensiva seja por idade (idade média 70,6 anos), comorbidades ou ECOG maior ou igual a 2, no período de 29/10/2020 a 27/07/2022 para serem submetidos a tratamento de LMA em primeira linha com 1 a 2 ciclos de Venetoclax 100 mg a 200 mg entre os dias 1 e 28, CBD 20 mg/m² entre os dias 1 e 10 de cada ciclo associado a medicação azólica (Fluconazol, Itraconazol ou Voriconazol) como profilaxia antifúngica e estratégia poupadora de Venetoclax seguidos de ciclos mensais de CBD 20 mg/m² entre os dias 1 e 10 até progressão de doença. **Resultados:** Foram avaliados 6 pacientes com diagnóstico de LMA, 3 com alto risco e 3 sem estratificação de risco. 3 pacientes apresentaram resposta completa e DRM negativa (2 com recuperação hematológica completa e 1 sem recuperação hematológica) e permanecem em acompanhamento, com OS de 18 meses, 10 meses e 5 meses. 1 paciente não passou por avaliação de resposta, mas permanece em acompanhamento, com dependência transfusional e sem sinais de doença em sangue periférico com OS de 14 meses. 2 pacientes faleceram durante tratamento - 1 devido a HSA no D13 do C2 do tratamento e outro um dia após término do C1, por infecção de corrente sanguínea por *Klebsiella* multiresistente, além de suspeita de infecção fúngica, ambos sem avaliação de resposta ao tratamento. Quanto a profilaxia antifúngica, 3 pacientes fizeram uso de Fluconazol e 3 fizeram uso de Voriconazol, sendo reduzida dose do Venetoclax devido a interação com azólicos e possível toxicidade hepática. **Discussão:** A LMA é a leucemia aguda mais comum na população adulta, com idade média de 68 anos ao diagnóstico. Visto a fragilidade de muitos pacientes ao diagnóstico, a terapia com Venetoclax associado à CBD e hipometilantes baseada nos estudos VIALE oferece uma nova perspectiva à pacientes que anteriormente seriam candidatos a medidas paliativas. Além disso, estudo recente mostraram que é possível a interrupção do venetoclax em pacientes com pelo menos 12 meses de remissão em uso de Venetoclax e os melhores desfechos estavam associados ao NPM1 mutado, mutação do IDH2 e DRM negativa. No serviço público de saúde o Venetoclax é pouco disponível e, com objetivo de potencializar seu efeito e reduzir sua dose, o uso de azólicos é uma opção a ser explorada. Embora o tratamento preconizado seja contínuo, a possibilidade de indução de remissão seguido de manutenção com CBD, conforme mostrado no artigo, é uma alternativa a ser explorada. **Conclusão:** Terapias finitas com Venetoclax associado a CBD e azólicos são opções viáveis em pacientes idosos com LMA inelegíveis à terapia intensiva. Necessitamos de estudos clínicos randomizados para melhor avaliação da resposta ao longo prazo de pacientes que fazem terapia finita se possível com estratificação de risco por citogenética FISH, molecular e next generation

sequencing para melhor selecionar pacientes candidatos a tal abordagem.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.295>

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA RECAÍDA EM PACIENTE COM FATORES DE BOM PROGNÓSTICO E DOENÇA RESIDUAL MENSURÁVEL NEGATIVA

LP GOE Silva, NCC Oliveira, TC Panaro, RD Portugal

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Leucemia linfoblástica aguda de células B (LLA B) é uma neoplasia de precursores das células B que acomete principalmente crianças. Conforme a classificação WHO, LLA pode ser classificada de acordo com a ploidia, sendo a hiperdiploidia a presença de mais de 50 cromossomos, que geralmente não está associada a outras alterações estruturais definidoras ou translocações. A presença de hiperdiploidia é mais comum em crianças e se relaciona a melhor prognóstico, além de estar frequentemente associada com outros fatores de bom prognóstico, como imunofenótipo pré célula B (CD10 +, CD19+). A documentação de doença residual mensurável negativa também é um fator de impacto no prognóstico e na sobrevida. A avaliação da DRM deve ser incorporada ao protocolo de LLA e pode orientar ajuste no esquema de tratamento proposto. **Objetivo:** Apresentar um caso de LLA B recaída em paciente adulto jovem, do sexo masculino, com fatores de bom prognóstico e doença residual mínima negativa. **Relato de caso:** Paciente masculino, com diagnóstico de LLA B em dezembro de 2017. Ao diagnóstico, apresentava infiltração cutânea, imunofenotipagem evidenciando LLA pré B; CD10 (calla) positivo, filadelfia negativo e citogenética evidenciando hiperdiploidia - 58 XY. Recebeu tratamento com 8 blocos do HyperCVAD até maio de 2018, além de 8 infusões de quimioterapia intratecal com citarabina e metotrexate, com posterior consolidação com POMP até dezembro de 2020. Apresentava DRM negativa, sendo a última avaliação em abril de 2021. Houve perda de seguimento devido à pandemia. Retornou para consulta em junho de 2022, aos 27 anos, assintomático, porém apresentando neutropenia e trombocitopenia no hemograma. Feito imunofenotipagem de medula óssea que evidenciou presença de 71% de blastos linfóides, documentando a recidiva. Optou-se por nova indução com HyperCVAD, com proposta de transplante alogênico após. **Discussão:** A leucemia linfoblástica B aguda com hiperdiploidia é mais comum em crianças, podendo acometer também adultos e se relaciona a bom prognóstico. Sexo masculino, imunofenótipo pré B e DRM negativa são outros fatores de bom prognóstico. A presença de DRM positiva se refere a detecção de células leucêmicas que não seriam detectadas aos métodos de citogenética e morfologia usuais e está associada a maioria dos casos de recidiva após resposta inicial. Apesar disso, alguns pacientes, como demonstrado no caso, irão apresentar recidiva apesar da DRM negativa e dos fatores de bom prognóstico. Uma avaliação mais frequente da

DRM poderia antecipar a recaída em casos semelhantes. **Conclusão:** Relatamos um caso de paciente jovem com diagnóstico de LLA B, apresentando fatores de bom prognóstico e avaliação de DRM negativa após 4 anos de doença, que evoluiu com recidiva clínica. Alguns pacientes podem apresentar recidiva apesar da DRM negativa, o que pode ser explicado pela evolução clonal e presença de diferentes marcadores na doença recidivada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.296>

LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA DE CÉLULAS T, NÃO TÍMICA, COM DIABETES MELLITUS AO DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO

JA Mozini^a, RC Bressa^{a,b}, JAN Bressa^{a,b}

^a Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

^b Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil

Introdução: A leucemia linfoblástica aguda de células T acometem comumente crianças e adultos até os 40 anos, tendo uma incidência significativamente maior nos primeiros, de 25%. Essa entidade é resultante de uma proliferação clonal de precursores linfóide anormais, na medula óssea. Células essas, que quando testadas, expressavam CD1a, CD2, CD3 de superfície, CD4, CD5, CD8, CD62L, CD57 e α/β e γ/δ de superfície. Há uma alta prevalência de pré-diabetes e DM2 em sobreviventes da LLA. Acontecendo isso tanto pelo aumento dos fatores de risco para desenvolvimento futuro, tanto devido complicações do tratamento. Neste último caso, bastante relacionado ao uso de L-asparaginase, podendo se manifestar como um quadro de diabetes mellitus adquirida/tipo 2, como pancreatite e cetoacidose diabética. O caso clínico em questão desperta interesse e relata raridade, pois há associação de diabetes mellitus, de uma forma incomum, ao diagnóstico e não como complicação terapêutica. **Materiais e métodos:** Levantamento de prontuário, descrição e discussão de relato de caso com revisão bibliográfica em bancos de dados (LILACS, Cochrane, PubMed). **Resultados:** MVCM, masculino, 21 anos, chega ao pronto-socorro de um hospital do interior de São Paulo com queixa de sudorese noturna, perda ponderal, polifagia, polidipsia e adenomegalias disseminadas aproximadamente 3,0 cm em axilares, cervicais anteriores e profundas há aproximadamente 30 dias. Apresentava hiperglicemia com difícil controle com dose alta de insulina. Hemoglobina glicada 15%, com glicemia média de 380 mg/dL. Tomografias com linfonodos mediastinais, retroperitoneais, axilares, cervicais e esplenomegalia, sem alterações topografia pancreática. Ressonância de abdômen apenas linfonodos aumentados e esplenomegalia, sem compressões das vias biliares. Hemograma com leucocitose a custas de linfócitos com aumento progressivo (em poucos dias estava com 80.000 leucócitos) e imunofenotipagem compatível com LLA-T (CD34, TdT (nuclear), CD99, CD3 (citop), CD3 (sup)*, CD7, CD81, CD38, CD44, CD2, CD8, CD5). Iniciou tratamento com esquema quimioterápico GMAAL, evoluindo com neutropenia febril e abscesso glúteo com resolução após antibioticoterapia. No

momento está realizando segunda consolidação e com a hiperglicemia controlada desde o término da fase de indução. Paciente é órfão e segue tratamento com procura de doador de medula óssea para realizar transplante não aparentado. No momento em remissão completa com DRM negativa e imunofenotipagem normal. **Discussão:** A LLA de células T teve um avanço terapêutico importante nos últimos 50 anos, sendo transformada de uma doença potencialmente fatal, para uma taxa de cura de 90%, em países desenvolvidos³. Além de empolgante, essa estatística é crucial para pensar na longevidade desses doentes, tendo em vista que a maioria desenvolve uma ou mais condições médicas relacionadas ao tratamento durante a vida. O caso relata quadro clínico agravante com hiperglicemia como manifestação associada a leucemia. Isso faz alerta para diagnóstico diferencial e heterogeneidade das leucemias T. **Conclusão:** A heterogeneidade clínica das leucemias agudas exige atenção as complicações que podem levar a morbidade e mortalidade antes mesmo do tratamento. Os pacientes devem ser estimulados a participar de estudos clínicos e o médico deve individualizar o tratamento para obter o melhor resultado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.297>

HIPOGLICEMIA ASSOCIADA AO USO DE ASPARAGINASE EM TERAPIA DE INDUÇÃO PARA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: RELATO DE CASO

AMC Sousa, FS Azevedo, PL Zenero,

AAGS Brandão, EM Rego, V Rocha

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: A asparagina é um aminoácido não essencial com participação no metabolismo e divisão celular. A asparaginase (L-Asp) é uma enzima com potencial antitumoral porque reduz a asparagina sintetizada pelas células leucêmicas, sendo utilizada nos protocolos pediátricos de leucemia linfoblástica aguda (LLA). No entanto, a L-Asp é associada a eventos adversos: coagulopatia, pancreatite aguda, reação de hipersensibilidade, hepatotoxicidade e disglicemias. Apresentamos um caso de adulto jovem diagnosticado com LLA que desenvolveu hipoglicemia induzida por asparaginase peguila (Peg-asparaginase) no serviço de Hematologia HCFMUSP. **Material e métodos:** Coleta de dados de prontuário clínico e revisão de literatura. **Resultados:** Masculino, 28 anos, diagnóstico de LLA-T cortical, com infiltração de sistema nervoso central, apresentação clínica com hemoglobina 6,9 g/dL, leucometria 285 mil/mm³ com 248 mil/mm³ de blastos e plaquetometria 50 mil/mm³. Iniciou a pré-fase com prednisona 60 mg/m²/dia por sete dias, com episódios de hiperglicemia associada a corticoide. A terapia de indução com BFM 86 adaptado com início em 21 de maio de 2022, o qual inclui prednisona 60 mg/m² do dia 1-14, com desmame até suspensão no D28, além de vincristina e daunorrubicina nos dias 1, 8, 15, 22 e Peg-Asparaginase 2000 UI/m² nos dias 12 e 26. Cinco dias após a infusão da Peg-asparaginase desenvolveu hipoglicemia de jejum (54 mg/dL) sintomática. Devido persistência das