

merece atenção especial no manejo clínico da leucemia aguda. Abordagens terapêuticas adaptadas às necessidades e fatores protetores dos pacientes idosos podem contribuir para melhorar a sobrevida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.460>

MORTE ENCEFÁLICA EM LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA RECIDIVADA

EW Silva^a, AC Molon^a, MFL Pezzi^a,
AH Schuck^a, TS Hahn^a, BK Losch^a,
LM Lorenzini^a, LV Calderan^a, 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 leucemia promielocítica aguda (LPMA) representa 5 a 20% das leucemias mieloide aguda, sendo causada pela mutação t(15;17), produzindo a proteína PML-RARA, a qual interfere no metabolismo celular. A LPMA tem como diferencial dos demais subtipos a alta mortalidade precoce associada a sangramentos. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente que evoluiu com segunda recaída em medula óssea (MO), porém indo a óbito por morte encefálica devido complicações de uma leucemia promielocítica recidivada. **Relato de caso:** Adolescente do sexo feminino, 18 anos, procedente de Dourados, MS, com diagnóstico de LMA M3 em 2018. Realizou protocolo PTHEMA, com recaída em outubro de 2021 em Sistema Nervoso Central (SNC) e MO, sendo então associado trióxido de arsênio e posteriormente transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) autólogo, seguindo acompanhamento com mielograma e quantificação de PML-RARA. Todavia, em junho de 2023 viajou para a Serra Gaúcha com sua família, quando iniciou com diversos hematomas pelo corpo associado a sangramento gengival espontâneo. Em seus exames iniciais, observou-se pancitopenia, sendo internada em hospital terciário. Nova imunofenotipagem de MO foi compatível com LMA M3 com 83,4% de acometimento. Dessa forma, optou-se pela realização de tretinoína (ATRA), enquanto aguardava compra do trióxido de arsênio. Contudo, durante a internação, a paciente apresentou neutropenia febril com foco pulmonar, tendo necessidade de intubação orotraqueal e antibioticoterapia. Iniciado corticoide devido possível síndrome do ATRA, posteriormente havendo melhora dos parâmetros pulmonares. Evoluiu com piora neurológica, com tomografia de crânio evidenciando hemorragia intracraniana extensa, com midríase fixa e ausência de reatividade supraespinal. A complementação diagnóstica foi compatível com morte encefálica. **Discussão:** A fisiopatologia da LPMA baseia-se na produção errônea da proteína PML-RARA, a qual bloqueia a diferenciação celular ao mesmo tempo em que previne a apoptose e permite a proliferação de progenitores leucêmicos. A coagulação intravascular disseminada (CIVD) é a principal complicação aguda da LPMA que, quando não tratada a tempo, evolui com sangramento pulmonar e/ou cerebral em até 40% dos pacientes. Por esse

motivo, assim que houver achados suficientes para o diagnóstico presuntivo, a tretinoína deve ser iniciada para induzir a maturação celular e tentar frear a coagulopatia. Quando o diagnóstico de certeza for firmado, deve-se iniciar o tratamento pleno com o uso de quimioterápicos associados. Nos pacientes refratários, o ATRA pode ser repetido com o uso de trióxido de arsênio como resgate, idealmente seguido com TCTH. O gentuzumabe ozogamicina também pode ser utilizado quando disponível. **Conclusão:** Apesar da LPMA ter um curso clínico sombrio quando não identificada precocemente, os esquemas terapêuticos possibilitam uma taxa de cura significativa, com 98% de sobrevida sem doença em grupos de baixo risco. Por conseguinte, após o controle da doença, devemos atentar para possíveis recidivas tumorais, já que podem se apresentar como episódios de sangramento fatais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.461>

LEUCEMIA CUTIS COMO APRESENTAÇÃO DE RECIDIVA PRECOCE DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA – RELATO DE CASO

LV Silva^a, MLRC Andrade^a, MGM Pinheiro^a,
PA Silva^a, RGM Teixeira^a, MC Carvalho^a,
AM Vanderlei^b, LBC Fontes^a, MFH Costa^{a,b},
MCB Correia^{a,b}

^a Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), Recife, PE, Brasil

^b Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Leucemia Cutis ou cutânea ocorre pela infiltração de pele por leucócitos neoplásicos que podem ser secundários à leucemia linfocítica crônica (LLC) ou leucemia mieloide aguda (LMA). Em pacientes que possuem síndrome mielodisplásica as lesões podem ser o primeiro indicativo de sua conversão em leucemia. Ocorre geralmente na doença avançada e pode ser um indicativo de sua conversão em leucemia. Esse tipo de alteração pode ocorrer antes da alteração hematológica, durante a doença ou como um indicador de recidiva da doença. **Relato de caso:** Paciente sexo feminino, 55 anos, diabética, hipertensa, esquizofrênica e filha adotiva sem HLA aparentado. Apresentava fraqueza, perda de peso acentuada e dificuldade de deambular. Hemograma Hb:7,3, Ht:23, Leucócitos 2.500 (9% de blastos hipogranúlicos, alguns com bastonetes de Auer). O mielograma exibia medula hiper celular, infiltrada por 53% de células imaturas com bastonetes de Auer. Imunofetipagem: CD13, CD33, CD34, CD45, CD64, CD117 e HLADR positivos; CD3cy, CD79a negativos. Compatível com LMA com mínima diferenciação. Iniciado tratamento padrão com indução com Citarabina e Daunorrubicina, posterior consolidação com high-dose de Citarabina com boa resposta e remissão medular, recebendo a paciente alta hospitalar. Após 2 meses do último ciclo de quimioterapia a paciente retornou devido a presença de lesões dermatológicas disseminadas, ao exame físico: Descorada, lesões cutâneas papulares, acastanhadas, bordos delimitados, algumas ulceradas, não pruriginosas, acometendo membros inferiores, superiores e couro cabeludo. Imuno-histoquímica da biópsia