

sequenciamento de nova geração. **Material e métodos:** Foram selecionados, após análise de bancos de dados e literatura científica, 66 genes para o sequenciamento de nova geração. Por meio de sequenciamento do DNA identificam-se as alterações pontuais (SNVs) e as pequenas inserções e deleções em 51 genes; e, por sequenciamento de RNA, as fusões gênicas, envolvendo 27 genes. Foram utilizadas 40 amostras de pacientes e dois controles comerciais para a validação analítica e amostras de nove pacientes com diagnóstico de LLA, provenientes do Hospital Beneficência Portuguesa, para a validação clínica. **Resultados:** Na validação analítica foi identificada 92% de sensibilidade e 99% de valor preditivo positivo (VPP) para as variantes de SNV e indels. Para as fusões gênicas, a sensibilidade e VPP foram de 100% nas 27 amostras com seis tipos de fusões gênicas avaliadas (BCR::ABL1, PML::RARA, KMT2A::MLLT4, RUNX1::CBFA2T3, ETV6::RUNX1 e RUNX1::RUNX1T1). Na validação clínica, seis amostras foram submetidas, para comparação, ao teste da FoundationOne Heme, padrão-ouro para esta análise, e apresentaram 100% de concordância em relação às variantes relatadas. No que diz respeito às fusões, em três casos também houve 100% de concordância com FISH (dois com rearranjo BCR::ABL1; um com rearranjo do gene MLL). Desde a implantação do teste, foram encontrados quatro casos com fusões (TCF3::PBX1, MEF2D::BCL9, PAX5::PML e KMT2A::MAML2), dois casos com variante patogênica no gene KRAS (p.Gly13Asp) e dois no gene NRAS (p.Gln61Arg e p.Gln61His), em crianças. Entre os adultos, foram detectados 15 casos com fusões gênicas, sendo 10 com BCR::ABL1, dois com KMT2A::AFF1 e os demais com EP300::ZNF384, SET::NUP214 e TCF3::PBX1. Além disso, foram reportados outros cinco casos com variantes patogênicas relevantes, como a IDH1 p.Arg132Ser, em dois; PAX5 p.Pro80Arg, em um; e KRAS p.Gln61His e PTPN11 p.Gly503Ala, em um. **Discussão:** A LLA é um conjunto de neoplasias linfoides, geneticamente heterogêneo, com diagnóstico complexo, devido às características clínicas, morfológicas, imunofenotípicas, citogenéticas e moleculares. A detecção de diversas alterações genéticas, por meio de metodologia abrangente e mais sensível, tal qual o sequenciamento de nova geração, permite a estratificação de risco e o direcionamento apropriado do tratamento. **Conclusão:** O teste validado tem desempenho adequado tanto para a detecção de fusões como de mutações somáticas e tem se mostrado muito útil na prática clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.497>

AVALIAÇÃO DE TOXICIDADE DO REGIME FLAG PARA LEUCEMIAS AGUDAS

ME Ramos^a, AC Silveira^a, RD Portugal^a, M Nucci^{a,b}

^a Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Grupo Oncoclínicas, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O regime FLAG (fludarabina, citarabina e G-CSF) é utilizado em combinação com um antraciclínico na indução de remissão de pacientes com leucemias agudas em primeira

linha ou com doença recaída ou refratária. **Objetivos:** Avaliar a toxicidade do regime FLAG em uma coorte de pacientes com leucemia aguda. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico. Foram coletados dados de todos os pacientes que utilizaram FLAG para tratamento da leucemia mieloide ou linfóide aguda em primeira linha ou para tratamento de recaída ou doença refratária. **Resultados:** Foram avaliados 73 pacientes com idade mediana de 46 anos (variação 17 – 68), sendo 45 (61,6%) do sexo masculino. As doenças de base foram leucemia mieloide aguda em 48 (65,8%) leucemia linfóide aguda em 23 (31,5%), e leucemia mieloide crônica em crise blástica em 2 pacientes. Foram realizados 83 de ciclos de FLAG, a maioria (72,3%) para tratamento de recaída. Profilaxia antibacteriana (quinolona) foi usada em 62,7% dos ciclos e profilaxia antifúngica em 84,3% (fluconazol em 61,4%). A duração mediana da neutropenia foi de 14 dias (5 – 51) e 98,8% tiveram neutropenia febril. Bacteremia foi observada em 38 ciclos (45,8%), e *Escherichia coli* foi a bactéria mais isolada nas hemoculturas (19 episódios). Doença fúngica invasiva foi diagnosticada em 20 ciclos (24%), sendo 11 possíveis e 9 provadas ou prováveis (aspergilose em 7, fusariose em 2). Outras toxicidades frequentes foram: náuseas/vômitos (73,5%), mucosite (45,8%), dor abdominal (39,8%) e diarreia (30,1%). Houve 14 óbitos (16,9% dos ciclos, 19,2% dos pacientes), sendo 8 devido a doença refratária, 4 por infecção, 1 por sangramento no sistema nervoso central e 1 por insuficiência hepática aguda. A sobrevida mediana (Kaplan-Meier) foi de 4,7 meses, sendo 27,8 meses nos pacientes tratados em primeira linha e 3,2 meses nos pacientes em recaída ($p = 0,06$). **Discussão:** Observamos elevada toxicidade, sobretudo infecções, em pacientes tratados com FLAG, com documentação de bacteremia e doença fúngica invasiva em 45,8% e 24% dos ciclos, respectivamente. A alta mortalidade (16,9% dos ciclos) com a maioria dos óbitos ocorrendo no contexto de doença refratária reflete o mau prognóstico de pacientes com leucemia aguda em recaída. Regimes contendo drogas alvo podem resultar em maior taxa de resposta e menor toxicidade. **Conclusão:** Poucas opções de tratamento existam principalmente para os pacientes com leucemia aguda recaída. Nossos resultados confirmam que uma busca de novos tratamentos é necessária.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.498>

RELATO DE CASO: MUCOSITE SEVERA APÓS USO DE METOTREXATO EM PACIENTE PEDIÁTRICO

TS Hahn^a, GCL Bellini^a, AH Schuck^a, EW Silva^a, MFL Pezzi^a, LV Calderan^a, BK Losch^a, LM Lorenzini^a, ACF Segatto^b, 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 mucosite oral é um distúrbio comum, que afeta cerca de 20 a 40% dos pacientes que realizam quimioterapia,

podendo ocorrer após a terapia antineoplásica com metotrexato (MTX), um dos agentes mais comumente associados. A mucosite pode tornar a alimentação dolorosa e difícil, podendo ser necessária nutrição parenteral (NPT) nos casos mais graves. **Objetivo:** Relatar um caso de mucosite severa, após uso de MTX, com necessidade de nutrição parenteral em um paciente com leucemia linfocítica de células T. **Relato do caso:** Menino, 13 anos, previamente hígido, procurou atendimento devido queixas respiratórias, dor de garganta, cansaço e tonturas, sendo realizado exames laboratoriais, que evidenciaram a presença de leucocitose severa (118.000 leucócitos/ mm^3), anemia (Hemoglobina de $9,6$ g/dL) e plaquetopenia (62.000 plaquetas/ mm^3). Foi realizado biópsia de medula óssea evidenciando Leucemia Linfocítica de Células T, com sistema nervoso central negativo e cariótipo normal, sendo então instaurado protocolo BFM 2009. 8 dias após última quimioterapia, no ciclo HR1, paciente evolui com pancitopenia febril e mucosite grau 4, sendo necessário internação em UTI, durante esse período, sendo instituída NPT devido à gravidade dos sintomas alérgicos, evoluindo com síndrome de realimentação devido grande período sem nutrição efetiva. Paciente permaneceu em regime de terapia intensiva por mais de 28 dias, evoluindo positivamente, seguindo com o tratamento após melhora clínica. Atualmente, mantém o tratamento sem sinais de doença ativa, utilizando laserterapia oral após as quimioterapias como medida preventiva de mucosite. **Discussão do caso:** O MTX está entre os três agentes citotóxicos mais comumente associados à mucosite, distúrbio que pode acometer todo trato gastrointestinal, mas que a dor geralmente resulta das úlceras orais, sendo a complicação dolorosa aguda mais comum associado à terapia antineoplásica. A mucosite oral geralmente se torna clinicamente evidente durante a primeira semana após a administração da quimioterapia, tal como foi observado no caso exposto. Os sintomas apresentados dependem do grau da mucosite, no caso em questão, a apresentação era ulcerosa grau 4, com alimentação impossibilitada. O quadro usualmente é autolimitado, resolvendo-se dentro de 10 a 14 dias após o início. O manejo da mucosite consiste na profilaxia adequada, com consulta odontológica pré-tratamento, e seu tratamento pode ser realizado com higiene oral adequada, analgesia, crioterapia, palifermina e laserterapia. A síndrome de realimentação pode ocorrer na primeira semana de retomada da ingestão alimentar. As complicações da síndrome podem ser reduzidas pelo controle e correção dos níveis de eletrólitos e de fósforo, e também pelo manejo das complicações cardiovasculares e pulmonares. **Conclusão:** Portanto, a quimioterapia com MTX é uma das principais responsáveis pelos casos de mucosite oral, sendo necessário, em alguns casos, espaçar as doses do medicamento nos ciclos subsequentes. Nos casos mais graves pode causar desnutrição devido às úlceras orais dolorosas, assim, quando a dor é refratária aos analgésicos, pode se fazer necessário a nutrição parenteral, estando atentos às complicações da síndrome de realimentação.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES NEUTROPÊNICOS ONCO-HEMATOLÓGICOS

DPR Luz, EAM Dantas, JM Moreno,
JGS Gonçalves, RFP Fracarolli, ND Souza,
DMD Santos, E Shimoyama

*Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII,
Barretos, SP, Brasil*

Objetivo: Evidenciar os cuidados de enfermagem nos pacientes onco-hematológicos na prevenção de infecções em pacientes imunossuprimidos. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal sobre os cuidados de enfermagem com pacientes neutropênicos do Hospital de Câncer de Barretos na Unidade de Internação de Hematologia. **Resultados:** Neutropenia febril (NF) é definida pela contagem do número dos neutrófilos abaixo de 1500 mm^3 e aumento da temperatura axilar superior à 38°C ou valores de $37,8^\circ\text{C}$ mantido por mais de uma hora. O tratamento é realizado com o uso de antibiótico de amplo espectro e controle dos sinais vitais (Venâncio, 2013). **Discussão:** A quimioterapia apresenta vários efeitos indesejáveis como: mielossupressão, febre, alterações gastrointestinais, entre outras. A febre é um sinal de urgência oncológica que pode ser neutropenia febril, podendo ser fatal para o paciente imunossuprimido (Ferreira et al, 2016). A NF ocorre geralmente entre 7 e 14 dias do término da quimioterapia ou em pacientes com neutropenia prolongada pela própria doença de base. Há três tipos de classificação de neutropenia febril, baixo risco, risco intermediário e alto risco (Amaral et al, 2020). É de extrema importância para a prevenção e manejo das complicações dos pacientes neutropênicos a realização de um conjunto de ações que estrutura os processos da assistência ao paciente, desde as informações referentes aos cuidados das doenças e tratamentos como administração do granulocine (G-CSF), higienização das mãos. No departamento de Hematologia os pacientes permanecem sob os cuidados da enfermagem continuamente, realizando exame físico detalhado, avaliando os sistemas tegumentar, respiratório e circulatório, verificando os sinais vitais a cada 2 horas, coleta de hemocultura e exames laboratoriais conforme protocolo, orientação do paciente e familiar quanto ao tratamento e cuidados domiciliares, entrega de manual após quimioterapia e higienização das mãos rigorosa. Independente de todos os cuidados é imprescindível iniciar o antibiótico dentro da primeira hora da suspeita diagnóstica de NF para um melhor desfecho. **Conclusão:** A NF é uma urgência onco-hematológica que requer uma abordagem multidisciplinar. O cuidado da enfermagem é de suma importância para o diagnóstico e início precoce do tratamento, bem como seguimento e recuperação do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.500>

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.499>