

TRATAMENTO DE PACIENTE PORTADOR DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA COM MUTAÇÃO FLT3 E RUNX1: RELATO DE CASO

JA Gomes, LL Perruso, PB Martins, LQ Marques, DSC Filho, SB Almeida, FM Marques, MDS Pastori, KP Melillo, LLM Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
- Hospital Brigadeiro, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A mutação do FLT3 ocorre em cerca de 20-30% dos pacientes com leucemia mieloide aguda (LMA). Com o advento dos inibidores específicos de FLT3, a classificação de risco mais recente destas leucemias mudou de alto para intermediário risco. Por outro lado, as mutações do tipo core binding factor (CBF) sabidamente apresentam um prognóstico favorável, com taxas mais altas de resposta completa e sobrevida global. A combinação de mutação FLT3 e CBF, entretanto, ainda é de difícil prognóstico, e a indicação de transplante alogênico de medula óssea (TAMO) na primeira remissão é controversa. **Objetivo:** Relatar desfecho clínico com uso de midostaurin em LMA com mutação FLT3-ITD e CBF, para o qual se optou por consolidação convencional em detrimento de TAMO na primeira remissão. **Relato de caso:** Paciente masculino, 25 anos, com relato de 10 dias de evolução de febre e cansaço progressivo. Hemograma admissional com hemoglobina 4,0 g/dL, leucócitos 8.600/mm³ e plaquetas de 17.000/mm³. Realizado esfregaço de sangue periférico com visualização de numerosas células blásticas. No mielograma, são observados 70% de blastos de médio e grande tamanho, que à imunofenotipagem (IF) revelaram blastos de fenotipo mielomonocítico e expressão anômala de CD19 e CD22. A avaliação molecular revelou presença de mutação FLT3-ITD e RUNX-1-RUNX1T1. Foi iniciada indução convencional protocolo 3+7 e uso de midostaurin 50 mg 12/12h por 11 dias. Houve remissão citomorfológica na reavaliação medular após indução. Neste momento, já se sabia que o paciente não dispunha de doadores idênticos de medula óssea, mesmo inscrito no REREME. Pela falta de substrato científico que justificasse consolidação com TAMO na primeira remissão, foi optado por consolidação com 3 ciclos de citarabina em altas doses, que transcorreram sem intercorrências. Na reavaliação medular após primeira consolidação, houve resposta completa imunofenotípica e molecular, que persistiu após o terceiro ciclo de consolidação. Atualmente, paciente em seguimento ambulatorial com resposta completa ao tratamento há 6 meses. **Discussão:** A mutação FLT3-ITD confere prognóstico intermediário aos casos de LMA, com maior risco de recaída e menor sobrevida global que as leucemias de risco favorável. O impacto da associação de uma mutação de prognóstico intermediário como a do FLT3-ITD com uma de prognóstico favorável, como a do RUNX1, ainda é alvo de discussões. Estudos retrospectivos recentes, conduzindo antes da era dos inibidores de FLT3 observaram que essa população rara de pacientes talvez não se beneficie de TAMO na primeira remissão completa. Possivelmente, o comportamento favorável das leucemias CBF suplanta o intermediário das mutações FLT3-ITD. **Conclusão:** O relato de caso exposto evidencia um desfecho favorável de paciente jovem com associação de

mutações FLT3-ITD e CBF, conduzido sem TAMO e com uso de inibidores de FLT3 na indução.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.520>

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA MIMETIZANDO APRESENTAÇÃO CLÁSSICA DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA: RELATO DE CASO

BAAL Santos^a, EP Leite^b, JBMSRT Lima^a, MERSB Maia^a, MO Silva^b, MS Moura^c, PIS Sousa^a, TJ Marque-Salles^b

^a Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil

^b Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil

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

Objetivos: Descrever evolução de paciente portador de leucemia mieloide aguda (LMA) com apresentação clínica e morfológica compatível com leucemia promielocítica aguda (LPA), porém sem achado do rearranjo gênico característico, PML-RARA ou, variantes. **Caso clínico:** Paciente, feminino, 17 anos, com história de febre e sintomas gripais há 10 dias, associados a sangramento genital e gengival, astenia e palidez. Exames admissionais revelaram leucocitose e bicitopenia. O mielograma e a imunofenotipagem diagnosticaram LMA, sugestivos de LPA. Desta maneira, foi iniciada imediatamente Tretinoína (ATRA) em associação a Citarabina (Ara-C), conforme protocolo PETHEMA (2012). Após três dias da admissão, evolui com quadro respiratório grave atribuído inicialmente a síndrome do ATRA, com posterior confirmação de sangramento pulmonar bilateral secundária a provável leucostase. Assim, foi transferida para UTI, suspenso o ATRA e mantida citorredução com Ara-C. Após 10 dias, em melhora clínica, foi admitida novamente em leito de enfermaria e reiniciada indução, com Ara-C e Idarrubicina. Concluída fase de indução, a paciente evolui com aplasia e realizada nova coleta de mielograma e imunofenotipagem, que evidenciaram falha terapêutica, com persistência de 60% de blastos. A paciente evoluiu com agravamento clínico, sendo optado por nova indução, com o protocolo BFM (2004) adaptado, baseado na associação de Idarrubicina, Etoposídeo, sem antracíclicos. Nesta ocasião, os resultados dos estudos moleculares (FISH e PCR) mostraram negatividade para mutação PML-RARα ou rearranjos habituais, sendo afastado o diagnóstico de LPA. Novo mielograma mostrou medula óssea em remissão da doença (M0-M1), DRM negativa. Optado por dar continuidade ao tratamento no protocolo GELMAI - que se baseia na utilização de Ara-c em baixas doses - na Intensificação, Risco Intermediário, e manutenção do ATRA, até total esclarecimento molecular afastado diagnóstico de LPA a paciente realizou 01 ciclo de Venotoclax e Ara-C. **Discussão:** Dentre os diversos subtipos da Leucemia Mieloide Aguda (LMA), a LPA constitui doença de elevada gravidade, caracterizada por distúrbios trombo-hemorrágica, sendo as complicações