

relação a chance de sobrevida global (p -valor = 0,189). Quando se avaliam os grupos de idade acima ou abaixo de 40 com DNR 60 ou DNR 90 também não houve diferença estatisticamente significativa. **Discussão:** Os dados são discordantes na avaliação da superioridade de um esquema sobre o outro, apesar de demonstrarem piores desfechos em pacientes que fizeram DNR 90 com idade acima de 40 anos, sendo a idade ótima para esse esquema o grupo analisado de 20 a 40 anos. Muitos fatores não foram analisados nesse recorte; no entanto, o uso de ferramentas de interpolação juntamente com análise de regressão através de LOWESS foram úteis para descrever o comportamento de nossos pacientes no período avaliado. **Conclusão:** A utilização de métodos matemáticos para tomada de decisão em medicina tem crescido nos últimos anos, especialmente com a evolução da Medicina Baseada em Evidências e com o uso de instrumentos de Machine Learning e inteligência artificial. O uso dessas ferramentas na definição da idade de maior risco para evento óbito no grupo de pacientes analisados nesse estudo demonstraram a idade de 40 anos como ponto de inflexão entre as curvas DNR60 e DNR90.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.569>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA ACOMPANHADOS NA UNIDADE DE HEMATOLOGIA DO HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA

IL Pontes^a, MS Cidrão^b, JBSC Cidrão^b, GM Oliveira^c, FM Cunha^c, DS Oliveira^c, FAC Silva^c, KMC Albuquerque^c, LA Gurgel^c, RM Ribeiro^c

^a Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE, Brasil

^b Faculdade CHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil

^c Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução/Objetivos: O tratamento de pacientes com leucemia linfoblástica aguda (LLA) é um desafio em países sem acesso aos modernos exames de avaliação de risco citogenético e às drogas de alvo-específico ou aos agentes imunoterápicos. A despeito do debate sobre o uso de terapias com células T modificadas, o manejo de pacientes com LLA ainda é realizado de maneira deficitária em muitos centros. Nesse sentido, esse estudo pretende avaliar as características de pacientes com LLA em um centro de tratamento da região Nordeste. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, utilizando dados dos internamentos de pacientes na unidade de Hematologia do Hospital Geral de Fortaleza do período de 03/08/2015 a 19/07/2023. Os dados foram expressos em termos de mediana (intervalo interquartil - IQR). Foram utilizados testes não-paramétricos para avaliação de variáveis não pareadas. Para a avaliação de chance de sobrevida foi utilizado o método de Kaplan-Meier, bem como modelo de

regressão de Cox. Foram considerados estatisticamente significativos valores de p -valor < 0,05. **Resultados:** Foram compilados os dados de 53 pacientes no período avaliado. Houve 73,6% de LLA B, das quais 38,4% eram BCR-ABL1 positivo; houve 26,4% de pacientes com LLA T. Houve diferença estatística entre os grupos LLA B e LLA T através do teste de Mann-Whitney nos quesitos idade ao diagnóstico (35 x 26,5); leucócitos totais ao diagnóstico (26700 x 108 800); neutrófilos ao diagnóstico (1764 x 10332); contagem de blastos em sangue periférico (36% x 72%); hemoglobina ao diagnóstico (6,6 x 8,45). A sobrevida foi consideravelmente melhor em pacientes com LLA B em relação aos pacientes com LLA T (p -valor: 0,03). Durante o período avaliado, a maioria dos pacientes com LLA T fez o esquema HYPERCAVD/HDMTX-ARAC; enquanto a maioria do grupo com LLA B fez o esquema CALGB 8811 ou CALGB 9511. **Discussão:** O tratamento da LLA é complexo e envolve esquemas de quimioterapia em vários ciclos diferentes, com momentos de intensificação na maioria dos protocolos atuais. O uso de novos medicamentos, especialmente em cenário de recaída, tem se mostrado promissor em levar pacientes com o transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas sem doença residual documentada. Há evidências que o esquema HYPERCVAD é menos eficaz em outros centros que no centro original de desenho do protocolo, apesar de análise de chance de sobrevida estratificada por esquema quimioterápico não demonstrar superioridade de um em relação ao outro nos pacientes estudados. **Conclusão:** Os dados demonstram que pacientes que tiveram diagnóstico de LLA T tiveram pior desfecho em relação aos pacientes com LLA B, seja ela BCRABL1 positivo ou não. Desse modo, é necessário o acesso desses pacientes a novos fármacos utilizados em outras regiões com evidência de resposta nesse tipo de pacientes, bem como acesso ao transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas de modo facilitado, pelo risco elevado de desfecho desfavorável nesse grupo de pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.570>

DIFICULDADE DIAGNÓSTICA ENTRE LEUCEMIA MONOBLÁSTICA AGUDA E NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITÓIDES BLÁSTICAS

RIN Rocha, RA Assis, MS Moura, FRBD Nascimento, MAB Neves, MO Julião, SL Galvão, EC Vilar

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

Objetivos: Descrever o caso de um paciente diagnosticado com Leucemia monoblástica aguda (LMA-Mb) cuja morfologia sugestiva de células de aspecto plasmablastico causou enorme dificuldade na elucidação diagnóstica. **Materiais e métodos:** Informações obtidas por dados de exame clínico, laboratorial e análise do prontuário, além de revisão bibliográfica sobre o tema. **Descrição do caso:** Sexo masculino, 40

anos, sem comorbidades prévias, encaminhado ao serviço de referência por síndrome anêmica, associada a sudorese fria e febre diária há 30 dias. Exame inicial com linfonodomegalia cervical esquerda e esplenomegalia discreta. Laboratório admissional com Hb 4,0 g/dL, leucócitos 201.670/mm³, 96% de blastos, plaquetas 121.000/mm³, DHL 569U/L. Mielograma com medula óssea acentuadamente hiper celular, infiltrada por 91% de células blásticas de porte médio, relação núcleo-citoplasmática moderada, cromatina delicada, núcleo na maioria excêntrico, esboço de nucléolo, citoplasma basofílico e hipo ou agranuloso, por vezes com projeções (tipo cometa), de aspecto plasmablastico. Imunofenotipagem com presença de 96% de células expressando marcadores de linhagem monocítica (positivo para CD4, CD15, CD33 (forte), CD36, CD38, CD56, CD64, CD117, CD123, HLA-DR), avaliado diagnóstico diferencial com Neoplasia de Células Dendríticas Blásticas Plasmocitoides, no entanto a fraca expressão de CD123 e a coexpressão de CD15 e CD64 desfavorecem esta entidade, sendo concluído como compatível com Leucemia Monoblástica Aguda. Cariótipo 47, XY, +8, del(11)(q21q23) [13] / 46, XY [7]. Marcadores moleculares NPM1; FLT3-ITD; AML1-ETO; CBFβ-MYH11 e BCR-ABL todos ausentes. Realizado esquema de indução (3+7) com Citarabina (100) e Daunorrubicina (60). Desenvolveu lesão gengival a nível de 1-3º molares superiores esquerdos e persistiu com febre diária apesar de antibioticoterapia de amplo espectro, sendo associado antifúngico sistêmico. Apresentou lesões arroxeadas em membros inferiores, sem desaparecimento à digitopressão, cujo o aspecto lembrava infecção por fusariose. Estava em aplasia medular, tendo evoluído com choque séptico, vindo a óbito. **Discussão:** A LMA-Mb é uma neoplasia complexa que representa menos de 5% de todos os casos de LMA e é mais frequentemente relacionada a envolvimento extramedular, notadamente pele, gengiva e SNC. Possui morfologia difícil, pois os monoblastos geralmente são pobremente diferenciados e podem ser confundidos com células linfomatosas ou outras células imaturas, como plasmablastos e até eritroblastos imaturos, tornando a imunofenotipagem por citometria de fluxo indispensável para o diagnóstico diferencial, mas, ainda assim, a marcação aberrante ou a perda de marcadores clássicos podem provocar dificuldades e ciladas diagnósticas. Translocações cromossômicas envolvendo o gene KMT2A em 11q23 são as mais frequentes anormalidades citogenéticas, seguido por citogenética complexa, trissomia 8 e monossomia 7. **Conclusão:** O diagnóstico inicial e imediato das leucemias agudas é sempre dado pela descrição do aspecto morfológico, entretanto, em muitos casos, apenas a microscopia pode gerar inúmeros questionamentos e dúvidas, sendo obrigatória a realização da imunofenotipagem. Cada vez mais, o perfil molecular das leucemias se faz necessário, mas ainda não é realidade e não está disponível em todos os serviços públicos, restando a esses, valer-se das técnicas disponíveis e dessas extrair o máximo possível para a elucidação de casos complexos e difíceis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.571>

LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA DE ALTO RISCO COM DOENÇA RESIDUAL MENSURÁVEL PERSISTENTEMENTE POSITIVA

BK Losch^a, FK Tornquist^a, EW Silva^a,
MFL Pezzi^a, TS Hahn^a, LV Calderan^a,
AH Schuck^a, LM Lorenzini^a, ACF Segatto^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 linfocítica aguda (LLA) é a malignidade mais comum em crianças, com os sintomas muitas vezes confundindo-se com gripes ou resfriados, levando a pacientes subdiagnosticados e diagnosticados em fases muito avançadas de doença. **Objetivo:** Relato de caso de paciente pediátrico com leucemia linfocítica aguda de alto risco com doença residual mensurável persistentemente positiva. **Relato de caso:** Menino, 5 anos, previamente hígido, encaminhado ao hospital terciário por lombalgia refratária a medidas analgésicas comuns e ausência de alterações em exames de imagem. Conforme investigação complementar, paciente apresentava hemoglobina de 8,5 g/dL, Leucócitos totais 3740 unidades/campo com 8% de bastões e 150.000 plaquetas/mm³, sem outras alterações dignas de nota. Devido à bicitopenia sem causas aparentes, optou-se pela realização de estudo medular, diagnosticando Leucemia Linfocítica Aguda de células B (LLAB), com cariótipo normal e sistema nervoso central negativo. Dessa forma, iniciou-se o protocolo GBTLI 2022, todavia, ao dia 49 da indução, paciente permanecia com doença residual em medula óssea (1,5%), o que o configura como alto risco e, após intensificação permanecia positiva com (0,5%). Devido a persistência da doença, optou-se por trocar o protocolo para St Judes R15, iniciando com uma nova reindução e plano de transplante de medula óssea. Ao final da consolidação, paciente apresentou remissão (doença residual mínima menor que 0,01%). Outro aspecto importante do caso é o fato do paciente apresentar anticorpos irregulares para transfusão, o que dificultou consideravelmente o seu tratamento visto à falta de doadores compatíveis. **Discussão:** O objetivo da terapia de indução na LLA é atingir a remissão completa, que é definida por pelo menos 5% de blastos em medula óssea e sangue, além disso a normalização da hematopoiese. A doença residual mensurável (DRM) identifica níveis subclínicos de leucemia, ou seja, células residuais, que podem vir a causar recidiva, podendo ser útil para o acompanhamento tanto em pacientes pediátricos quanto adultos com LLA. A resposta da DRM à quimioterapia é um importante fator prognóstico, pacientes com DRM negativa apresentam um Hazard-Ratio de 0,28 (0,19-0,40) para novas recidivas. Por conseguinte, pacientes com DRM persistentemente positiva têm risco maior de recidiva de doença, tendo indicação de escalonamento da terapêutica. Apesar do aumento de efeitos colaterais e toxicidades, foi evidenciado melhores taxas de sobrevida global. A detecção de DRM pode ser feita por citometria de fluxo ou PCR. **Conclusão:** Dessa