

significância de 95% ($p < 0,05$). **Resultados:** No decorrer do período do estudo, um total de 40 pacientes diagnosticados com LLA foram incluídos no presente estudo, dos quais 35 (87,5%) correspondiam ao tipo B e 5 (12,5%) ao tipo T. Os pacientes apresentam idades que variam entre 18 e 90 anos, com uma média etária de 42 anos. A faixa etária de 20-39 anos apresentou o maior número de casos diagnosticados. Do total de pacientes, 17 (42,5%) foram categorizados apresentando risco padrão, enquanto 23 (57,5%) foram classificados como risco adverso. Avaliando o total de pacientes, 11 (27,5%) evoluíram ao óbito e 29 (72,5%) permanecem vivos até a conclusão do presente trabalho. Dos pacientes que evoluíram a óbito, 3 (27,28%) são classificados como risco padrão e 8 (72,72%) como risco adverso. O teste estatístico de Kaplan-Meier foi aplicado com o intuito de avaliar a sobrevida entre os grupos de pacientes estratificados de acordo com a classificação de risco e sua evolução ao óbito, porém não revelou uma correlação estatisticamente significativa ($p = 0,2706$). **Discussão:** Em relação a incidência de LLA, os resultados observados neste estudo diferem dos achados comuns. A prevalência de casos da doença costuma ser maior em pacientes do sexo masculino com idades ≥ 50 anos, porém na população estudada, a frequência de casos de LLA foi maior em pacientes do sexo masculino com idades entre 20-39 anos. A LLA em adultos costuma, de fato, apresentar-se de forma mais agressiva, conferindo piores prognósticos para os pacientes afetados. Além disso, trata-se de uma doença caracterizada por grande instabilidade genômica e, consequentemente, cariótipos bem alterados, o que justifica a classificação da maioria dos pacientes no grupo de risco adverso. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo indicam que a taxa de sobrevida dos pacientes pode não estar diretamente associada somente à estratificação de risco, além de não parecer ter correlação com o desfecho clínico. A presença de outros fatores pode interferir nesse resultado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.605>

NEUROTOXICIDADE RELACIONADA AO USO DE BLINATUMOMABE: UM ESTUDO DESCRITIVO DE RELATO DE CASO

EV Pinto, IK Costa, OUM Pereira, TS Silva, KK Lima, DR Leal, J Simon

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Blinatumomabe é um anticorpo monoclonal bispecífico para o tratamento da leucemia linfoblástica aguda (LLA), que tem como alvo o CD19+ do linfócito B e o CD3+ no linfócito T. Esse medicamento tem demonstrado eficácia significativa na indução da remissão completa em pacientes refratários ou em recaída. Contudo, a literatura destaca a ocorrência de reações adversas, incluindo eventos neurológicos, que podem comprometer a qualidade de vida e o sucesso terapêutico. **Objetivo:** Relato de caso de neurotoxicidade (NT) associada ao uso de Blinatumomabe em um

indivíduo diagnosticado com LLA. **Método:** as informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. Dados demográficos, histórico médico, evolução do tratamento e reações neurológicas foram registrados ao longo do período de observação. **Resultados:** Paciente do sexo masculino, 50 anos, diagnosticado prévio de hipertensão, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hiperplasia de próstata, obesidade, ototoxicidade com LLA B comum, Philadelphia negativo, cariótipo in situ complexo, CD19 positivo. Realizou tratamento com protocolo HiperCvad, e recaída após. Foi indicado DaunoFlag, onde demonstrou refratariedade. Como terapia alternativa foi instituído reindução com St. Judes, onde apresentou remissão no início do tratamento e posterior recaída precoce. Após discussão, foi proposto tratamento com 3 ciclos de Blinatumomabe. Durante o tratamento, o paciente apresentou sintomas psíquicos e somáticos, incluindo cefaleia persistente, perturbações da consciência, confusão, desorientação e tremores. A investigação clínica e os exames complementares revelaram alterações no sistema nervoso central. Essas reações neurológicas foram relacionadas a NT do Blinatumomabe, uma reação adversa já descrita, sendo optado por manter a infusão com o monitoramento contínuo do enfermeiro para novos sinais e sintomas neurotóxicos. **Discussão:** A NT é uma preocupação emergente no tratamento com Blinatumomabe, provavelmente decorrente da ativação imune e da liberação de citocinas. Essas reações podem variar desde sintomas leves até graves complicações que ameacem a vida, necessitando de intervenção imediata. O presente caso reforça a importância do monitoramento rigoroso de pacientes sob tratamento com Blinatumomabe, visando a detecção precoce e o gerenciamento eficaz de reações adversas neurológicas. **Conclusão:** A NT relacionada ao uso de Blinatumomabe representa um desafio clínico na terapia da LLA. Este relato de caso destaca a importância da vigilância clínica cuidadosa realizada pelo enfermeiro para identificação precoce de reações neurológicas adversas graves. O entendimento aprofundado dessas complicações é fundamental para a otimização do tratamento, garantindo uma abordagem terapêutica eficaz e minimizando os riscos associados ao uso de Blinatumomabe em pacientes com LLA.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.606>

DESAFIOS E LIMITAÇÕES NO MANEJO DA NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITÓIDES BLÁSTICAS (NCDPB): RELATO DE CASO

JPS Siqueira, D Azuma, TCO Gigeck, JR Moraes, AM Pires, TMD Gese, ABM May, LGR Barbosa, M Higashi, ER Mattos

Hospital Amaral Carvalho (HAC), Jaú, SP, Brasil

Introdução/Objetivos: A NCDPB é uma doença rara, com comportamento agressivo e prognóstico sombrio, perfazendo menos de 0,5% de todas as neoplasias hematológicas. O

trabalho visa expor o relato de caso sobre a mesma, com os desafios e limitações impostas no âmbito da saúde pública brasileira. **Materiais e métodos:** análise de dados de prontuário médico. **Resultados:** Paciente masculino, 39 anos, branco, em fevereiro/2022 com lesão eritematosa em face antero-distal em coxa esquerda e aumento progressivo, com hipótese de cisto sebáceo, efetuando-se exérese e evoluindo com crescimento e aspecto exofítico, como perda de funcionalidade. Realizada ressonância magnética em dezembro/2022, com lesão expansiva de 6,3 x 4,1 x 5,9 cm, sem invasão em planos profundos. Biópsia: infiltração difusa da derme e imunohistoquímica positiva para CD2, CD4, CD56, CD123, Ki67 60%, compatível com NCDPB. PET-CT apresenta SUV 12,8, como Citometria de Fluxo de medula óssea + em 0,2% da celularidade medular. Sorologias negativas. Descartada infiltração em sistema nevoso central. Realizado protocolo de tratamento de LLA - CALGB, com PET-CT pós indução com Deauville 2 e doença residual mínima negativa (resposta completa). Em avaliação para alo-TMO. **Discussão:** A NCDPB possui alta taxa de refratariedade e prognóstico ruim, com sobrevida global de cerca de 1 ano. Morfológicamente, notam-se pseudopodia, nucléolos, microvacúolos e alguns blastos com núcleo excêntrico. Algumas literaturas referem positividade para marcadores mieloides, como CD33 e CD13 (mais comuns), porém é mais frequente notarmos marcadores de origem linfóide B ou T sendo os principais CD4, CD56, CD304 CD303, CD36, CD38, CD45RA, CD123 e HLA – DR e cTCL1. Outros marcadores incomuns como CD6, CD2, CD22 podem estar presentes, e não expressa CD19 e CD20. A maior manifestação é a lesão cutânea, podendo acometer linfonodos, baço, fígado e SNC. Em um estudo retrospectivo o tratamento com protocolos para LMA/LLA resultaram em taxas de resposta completa de 60,2% e duração média de resposta e sobrevida global de 47 e 15-18 meses (versus 7 e 11 meses de CHOP-like), respectivamente. Recentemente, o tratamento com o Tagraxofusp (anti-CD123) tem demonstrado taxa de RC de 54%, e uma mediana de sobrevida global (SG) de 15,8 meses (em estádios clínicos de 1-3, a mediana de SG foi de 25,8 meses, e nos estádios 4, de 11,5 meses). Em um estudo retrospectivo, 34 pacientes foram submetidos a alo-TMO, com incidência cumulativa de recidiva, mortalidade não-relacionada à doença e sobrevida global em 3 anos de 32%, 30% e 33%, respectivamente. Em outro estudo com 17 pacientes, as taxas de SPL e SG em 5 anos foi de 80% para os pacientes em 1ª remissão versus 0% para os pacientes em remissões posteriores, sendo a modalidade que confere sobrevida mais prolongada. O CAR T-cell CD123 ainda está em estudo. **Conclusão:** A NCBPD é uma doença rara e com prognóstico reservado. Nesse caso, optamos por terapia intensiva para LLA (pelas taxas de resposta e não disponibilidade do Tagraxofusp), com proposta de transplante alogênico de células tronco, em função da maior taxa de sobrevida com esta modalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.607>

NECROSE DE MEDULA ÓSSEA SECUNDÁRIA A CRISE BLÁSTICA EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA: RELATO DE CASO

MC Gomes, PSF Junior, JSL Andrade,
DEG Camargo, LMAD Santos, VAQ Mauad,
DMM Borducchi

Faculdade de Medicina do ABC (FMABC), Santo
André, SP, Brasil

Objetivo: Relatar uma complicação com alta mortalidade e frequentemente subdiagnosticada na leucemia aguda em um paciente com diagnóstico prévio de leucemia mieloide crônica. **Material e métodos:** Estudo de caráter descritivo. Dados obtidos através de análise de prontuário. **Relato do caso:** Paciente de 60 anos do sexo masculino, com diagnóstico prévio de Leucemia Mieloide crônica, em tratamento com hidroxiureia após falha terapêutica com uso de inibidores de IBTK e interferon. Paciente admitido no pronto socorro devido quadro de dor abdominal, febre e dor óssea, mais proeminente em região de quadril. Realizada tomografia de abdome total, evidenciando hepatoesplenomegalia. Laboratoriais realizados apresentavam: bicitopenia, leucocitose e aumento de blastos em sangue periférico, além de elevação de escórias nitrogenadas, transaminases e DHL. Hb 6,99 plaquetas 19 mil, leucócitos 21.600 com 10.580 neutrófilos, 5.400 blastos (25%) e 4.320 linfócitos típicos. Bilirrubinas totais de 1,44. TGO193 TGP 56 DHL 20.410. Coletado mielograma com análise impossibilitada devido presença de células rotas e degeneradas na amostra. Biópsia de medula óssea evidenciou fibrose medular intensa com extensa necrose. Aventada hipótese de Leucemia Mieloide Crônica em Crise Blástica devido contexto clínico e achados laboratoriais. Na imuno-histoquímica houve marcação de 1% células CD34+. Paciente evoluiu com deteriorização clínica e evolução para óbito seis dias após internação devido choque séptico. **Discussão:** A necrose de medula óssea se caracteriza pelo infarto da medula óssea. É uma entidade rara, aguda e frequentemente fatal. Pode ocorrer como complicação secundária de outras doenças hematológicas, sendo a leucemia linfoblástica aguda a mais comum. É classificada conforme porcentagem de acometimento da amostra em: focal < 20%, moderada 20-50% e extensa quando > 50%. Na histopatologia, são visualizadas depleção de células de gordura e a presença de material amorfo. O aspirado de medula óssea pode ser seco, com necessidade de múltiplas punções para diagnóstico. Nas áreas necróticas pode ocorrer perda de antígenos e há tendência dos anticorpos de aderir de forma inespecífica ao tecido necrótico, motivo pelo qual a imuno-histoquímica pode ser de difícil interpretação e inconclusiva, como a do caso apresentado. A apresentação clínica consiste em dor óssea e febre na maioria dos pacientes, visto ambiente medular repleto de citocinas inflamatórias, e faz diagnóstico diferencial com quadro infeccioso. Laboratorialmente observa-se anemia e trombocitopenia, reação leucoeritroblástica, elevação nos