

leucostase, sendo então optado por iniciar citorredução imediata com ciclofosfamida 750 mg/m<sup>2</sup> e processo de leucaferese. Foram necessárias 4 sessões diárias de leucaferese para queda de troponina (valor máximo de troponina de 478 com 704 mil leucócitos. Paciente teve queda progressiva da hiperleucocitose nos dias seguintes, evoluindo com melhora completa da dor e possibilidade de início de ciclo de quimioterapia – iniciado, então, protocolo FC (fludarabina e ciclofosfamida). Teve melhora progressiva das contagens hematimétricas e redução das linfonodomegalias, tendo alta para acompanhamento ambulatorial. Paciente com indicação de estratificação de risco cardiovascular invasiva com cateterismo, porém cardiologia optou por ressonância magnética para exclusão de alterações perfusionais de miocárdio como infiltração linfocítica, porém exame teve resultado normal. **Discussão:** O quadro de leucostase, definido por dano em microcirculação devido a hiperleucocitose (> 100000 leucócitos/mm<sup>3</sup>) é depende de fatores intrínsecos ao paciente, bem como às características da doença, sendo mais comum o quadro de leucostase com leucemias agudas devido ao hipermetabolismo de blastos. Leucostase na leucemia linfocítica crônica é um evento raro, os relatos de ocorrência dependem de contagens acima de 500000 leucócitos/mm<sup>3</sup>. O tratamento se baseia na citorredução rápida para redução sintomática, ainda que não comprovado benefício de mortalidade. Na literatura, há outros 3 casos relatados sobre dano cardíaco por leucostase na leucemia linfocítica crônica, não encontrados relatos prévios sobre a possibilidade de leucaferese nesse contexto. **Conclusão:** Dano miocárdico isquêmico é uma possível lesão de órgão-alvo frente a quadro de leucostase. Para rápido alívio sintomático em neoplasia linfoproliferativa crônica, a leucaferese é uma possibilidade terapêutica com sucesso relatado nesse caso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.522>

#### DIAGNÓSTICO CONCOMITANTE DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA E TUMOR NEUROENDÓCRINO BEM DIFERENCIADO, UM RELATO DE CASO

FP Goncalves, PPG Radtke

Casa de Saúde Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

**Introdução:** A leucemia linfocítica crônica (LLC) é caracterizada pelo acúmulo progressivo de linfócitos B monoclonais na medula óssea, sangue periférico e sistema linfático, sendo a leucemia mais prevalente em adultos ocidentais, com média de idade ao diagnóstico de 70 anos. O tratamento é indicado apenas quando há progressão de doença, sendo as terapias atuais não curativas, focadas em melhorar a sobrevida e aliviar sintomas. **Objetivos:** Analisar o caso de paciente com diagnóstico concomitante de LLC e tumor neuroendócrino bem diferenciado (NET) e revisar a literatura existente sobre segundos cânceres em pacientes com LLC. **Materiais e métodos:** Relato de caso retrospectivo, com base em revisão do prontuário médico de paciente acompanhado em serviço de hematologia. **Relato:** Paciente do sexo masculino, 66 anos,

previamente hipertenso, diabético e doente renal crônico não dialítico. Procurou pronto atendimento, com queixas inespecíficas, sendo internado após hemograma com hemoglobina 14,2 g/dL, leucócitos 29.390, segmentados 882, linfócitos 28.214, plaquetas 151.000. Ao exame físico, notavam-se diversas linfonodomegalias em região cervical e axilar. Devido a desconforto abdominal inespecífico, foi submetido a tomografia de abdome, com presença de duas volumosas massas de aspecto heterogêneo localizadas no retroperitônio (a maior com 13 × 9 cm), além de linfonodomegalias abdominais e esplenomegalia. Imunofenotipagem de sangue periférico confirmou diagnóstico de LLC, porém pelo risco de tratar-se de síndrome de Richter foi optado por biópsia de massa abdominal. Resultado revisado e confirmado, demonstrou tumor neuroendócrino bem diferenciado, provável sítio primário: gastroduodenopancreático. Mantido em “watch and wait” pela hematologia, visto que sem indicação de tratamento no momento (Binet B e Rai II). Oncologia iniciou tratamento com lanreotida, ainda em vigência, com melhora de desconforto abdominal. Aguarda avaliação da cirurgia oncológica. **Discussão:** O diagnóstico simultâneo de duas neoplasias distintas é raro e constitui um desafio significativo. A coexistência de LLC e NET é extremamente incomum e pouco documentada na literatura médica. Porém, segundas neoplasias hematológicas ou sólidas em pacientes com LLC já são bem descritas e causam redução expressiva da sobrevida global. As malignidades mais comuns incluem câncer de pulmão, mama, cólon e próstata, semelhantes às observadas na população em geral. A extensão em que esse risco aumentado é atribuível à doença subjacente e à imunossupressão crônica associada, em comparação aos tratamentos administrados, ainda não é completamente compreendida. Além disso, não existem estudos específicos de rastreamento de câncer em pacientes com LLC. Portanto, recomenda-se que pacientes com LLC se submetam a medidas de rastreamento adequadas à idade e ao sexo para detecção de tumores sólidos. **Conclusão:** A coexistência de LLC e NET é rara, porém a alta incidência de segundas neoplasias em pacientes com LLC pode estar relacionada a falhas imunológicas inerentes à doença. Este relato enfatiza o diagnóstico diferencial e o manejo integrado de múltiplas neoplasias, incentivando futuras investigações sobre a coexistência de LLC e NETs.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.523>

#### A EFICÁCIA DO USO DE CAR-T EM PACIENTES COM LEUCEMIA LINFOIDE CRÔNICA

LN Favero<sup>a</sup>, G Kwiatkoski<sup>b</sup>, SZ Jorge<sup>b</sup>, DH Larroude<sup>c</sup>, EM Lima<sup>b</sup>, EVBD Nascimento<sup>d</sup>, MSSM Akl<sup>e</sup>, JV Rachid<sup>b</sup>, G Moura<sup>f</sup>, EEC Arruda<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil

<sup>b</sup> Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil

<sup>c</sup> Faculdade de Medicina de Catanduva (FAMECA), Catanduva, SP, Brasil

<sup>d</sup> Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Osasco, SP, Brasil