

células T. Leucemia/linfoma T é um tipo incomum e agressivo que representa cerca de 25% dos casos de LLA. Os pacientes que apresentam envolvimento do sistema nervoso central (SNC) possuem pior prognóstico e representam um desafio terapêutico. **Relato:** Homem, 21a, queixa de desconforto em região cervical há 2 meses, identificado massa mediastinal ocupando praticamente todo o mediastino anterior, hipoatenuante, homogênea, medindo cerca de $10,0 \times 16,0 \times 6,7$ cm. Realizou em bloco cirúrgico de hospital geral procedimento sob anestesia geral para biópsia de massa mediastinal, sem sucesso na extubação, sendo admitido em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para cuidados intensivos. Histopatológico e perfil imunohistoquímico revelou linfoma linfoblástico T, ki-67 99%. A biópsia de medula óssea (MO) inicial não apresentava infiltração por neoplasia de base. Paciente foi transferido para UTI de hospital de referência em onco-hematologia, em uso de esquema antimicrobiano de amplo espectro por provável infecção pulmonar, após controle infeccioso iniciado esquema quimioterápico segundo protocolo Hyper-CVAD. Após 10 dias do início de quimioterapia, nova tomografia de tórax apresentou significativa redução da formação tecidual anômala comprometendo a transição cervicotorácica/mediastino anterior medindo aproximadamente $4,9 \times 5,0$ cm. Na admissão para o segundo bloco A do Hyper-CVAD paciente apresentava diplopia com ptose palpebral à esquerda e parestesias em membros superiores e inferiores distais. Eletro-neuromiografia dos 4 membros consistente com polineuropatia axonal sensitiva distal leve, interrogando-se secundária a quimioterapia ou neuropatia do doente crítico. Além disso, mononeuropatia severa do nervo fibular direito. Ressonância magnética de encéfalo normal, análise do LCR citologia 1508 células/mm³ e pesquisa de células neoplásicas positivas, imunofenotipagem 98,5% de linfócitos T anômalos. Associado ao esquema de tratamento quimioterapia intratecal com metotrexato, citarabina e dexametasona realizado duas vezes por semana. Após 9 infusões, nova imunofenotipagem de LCR mostrou ausência de precursores linfoides T anômalos. Após 2º bloco B do esquema proposto, paciente evoluiu com hiperleucocitose e blastos em sangue periférico, mielograma e imunofenotipagem de MO revelaram 64% e 69,3% de linfoblastos, respectivamente. Realizou citorredução com daunorubicina, vincristina e dexametasona por 4 dias, apresentando ótima resposta em hemogramas subsequentes, porém apresentou quadro de febre persistente com lesões ulceradas em pênis e saco escrotal, evoluiu com choque séptico apesar de ampla cobertura antimicrobiana, antifúngica e antiviral, não sendo possível descartar infecção por citomegalovírus. Apresentou ainda toxicidade cardíaca com fração de ejeção de 26%, admissional era de 65%, evoluindo para óbito em ambiente de UTI. **Discussão/Conclusão:** trata-se de paciente com diagnóstico de linfoma linfoblástico T de prognóstico ruim que apresentou infiltração de SNC e de MO, e apesar de boa resposta aos tratamentos instituídos, evoluiu com quadro infeccioso e toxicidade cardíaca que resultaram em óbito. Deve-se ter atenção especial a esse subtipo de linfoma que tem características agressivas e representa um verdadeiro desafio para tratamento.

LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA AGUDA EM PESSOA VIVENDO COM HIV, ASSOCIADO A TUBERCULOSE E ASPERGIOSE: RELATO DE CASO

TR Evangelista^a, LGF Lima^a, ASA Silva^a, JO Vieira^a, MCDM Cahu^a, VECB Dantas^a, ACC Lopes^a, MP Cesar^a, GSD Cortez^a, MFH Costa^{a,b}

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Infecções fúngicas são causas frequentes de mortalidade em pacientes onco-hematológicos. O diagnóstico precoce baseado em dosagem de galactomanana em lavado broncoalveolar possui alta sensibilidade. Outra infecção rara nesse cenário é a tuberculose pulmonar, apesar de ser uma infecção relativamente frequente em outros pacientes imunocomprometidos, infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Relato:** Homem, 59a, HIV positivo desde 1998, em tratamento regular e carga viral indetectável, com quadro de pancitopenia e estudo medular e imunofenotipagem com duas populações distintas, 15% de células monocíticas e 47,6% de blastos mieloides: leucemia mielomonocítica aguda. Em tomografias admissionais foram visualizados nódulos pulmonares sólidos não calcificados, dispersos pelo parênquima pulmonar, o maior no segmento superior do lobo inferior esquerdo, com 0,5 cm. Alterações em exame de imagem não sugerem tuberculose ativa, segundo avaliação de pneumologia, porém foi realizado Interferon Gama Release Assay (teste IGRA) que se mostrou positivo. Iniciou tratamento para infecção por tuberculose latente com rifampicina e isoniazida, além do tratamento quimioterápico com protocolo 3+7. Paciente recebeu alta hospitalar após término de quimioterapia de indução de resposta e tratamento de neutropenia febril, porém retornou após uma semana com queixa de febre e tosse. Realizado nova tomografia com nódulo escavado com halo no lobo superior esquerdo, 2,1 cm. Procedeu-se à realização de broncofibroscopia e lavado broncoalveolar para investigação etiológica, Teste Rápido Molecular para tuberculose (TRM-TB) mostrou-se detectável com sensibilidade à rifampicina. Iniciou esquema alternativo para tuberculose com levofloxacino, isoniazida, pirazinamida e etambutol devido interações medicamentosas com terapia antiretroviral (dolutegravir, ritonavir, darunavir). Além disso, de detecção de galactomanana em mesmo lavado com índice 3,06 (índice > 0,5), sendo associado voriconazol para tratamento de aspergilose pulmonar. Na análise de doença residual mínima, após quimioterapia de indução, identificado 22,7% de blastos mieloides. Devido a ausência de resposta e ao quadro clínico do paciente com diagnóstico de duas infecções concomitantes e alterações significativas em função hepática e renal após protocolo quimioterápico inicial, optou-se por mudança de esquema quimioterápico para citarabina em dose baixa associado a venetoclax, seguindo estudo VIALE-C. Atualmente, paciente em terceiro ciclo quimioterápico com boa tolerabilidade. **Discussão/Conclusão:** Tanto infecção pelo vírus HIV e leucemia mielóide aguda são doenças incomuns na

população em geral e a associação de pacientes vivendo com o HIV e com LMA são desconhecidos. Sabe-se que PVHIV não possuem contraindicações a tratamento intensivo de qt, incluindo transplante de medula, em casos selecionados, mas a sobrevida ainda é insatisfatória. Trata-se de um caso raro de infecções pulmonares concomitantes em paciente onco-hematológico com boa resposta ao tratamento instituído, apesar da necessidade de mudança do protocolo quimioterápico por ausência de resposta ao esquema padrão. Mais estudos são necessários para definir características de pacientes com LMA e PVHIV, a fim de melhorar o manejo terapêutico, bem como seus desfechos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.739>

VASCULITE CUT NEA COMO APRESENTAÇÃO INICIAL EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA FLT3+: RELATO DE CASO

ASA Silva, LGF Lima, TR Evangelista, MFH Costa, HC Moura, MC Araujo, AQMS Aroucha, MCDM Cahu, VECB Dantas, MP César

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: Erupções cutâneas em pacientes com leucemias agudas são complicações frequentes no curso clínico, geralmente relacionada a infiltração da doença (Leucemia cutis), porém em vários casos pode ser não leucêmica. Há relatos de vários tipos de lesões como lesões infecciosas, reações a drogas, vasculites secundárias, crioglobulinas ou lesões por sangramentos. **Relato:** Mulher, 39a, iniciou quadro de lesão cutânea em antebraço esquerdo e bicitopenia (Hb 9,2 g/dL; plaquetas 29.000/ μ L) com leucocitose (11.000/ μ L com 48% de blastos), sendo encaminhada para investigação. À admissão trazia biópsia de antebraço constatando vasculite. Em mielograma e imunofenotipagem admissional: 82% de blastos mieloides com positividade para: CD13, CD33, CD34, CD38, CD64, CD71, CD81, CD117, CD123, HLA-DR, MPO. A biologia molecular foi positiva para FLT3 e negativo para BCR-ABL P210, AML1-ETO, NPM1 e CBFB-MYH11. O cariótipo foi 46, XX. Por elegibilidade a tratamento intensivo foi optado pelo protocolo 3+7, enquanto se judicializou midostaurin. Apresentou neutropenia febril e necessidades transfusionais. Quadros infecciosos em pulmão sepse por *S. haemolyticus*; e lesão ulcerada em região pélvica, com *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii* em culturas. A úlcera, inclusive, era provavelmente em decorrência de vasculite cutânea, como a lesão do antebraço biopsiada, visto que paciente afirmou que a lesão iniciou com morfologia semelhante à do antebraço. Em D+30 foi avaliada a resposta à quimioterapia com mielograma, ainda com 30% de blastos. Em nova internação foi optado pelo protocolo Flag-Dauno e a paciente evoluiu com aplasia severa, intensa necessidade transfusional, choque séptico e óbito. **Discussão/Conclusão:** A maioria das vasculites secundárias nas neoplasias hematológicas são c-ANCA negativas e mais associadas a mielodisplasias, leucemia de células pilosas e linfomas, sendo ainda muito raras (2% a 8%)

Neste relato, a lesão de vasculite secundária a paciente com lma FLT3+, o que é ainda mais raro, em relação aos relatos na literatura. Essas lesões podem preceder, acompanhar ou suceder a LMA e servem de alerta para avaliação de neoplasias em pacientes com vasculite.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.740>

PAPEL DAS ESCALAS NA TOMADA DE DECISÃO TERAPÊUTICA AO AVALIAREM A TOXICIDADE À QUIMIOTERAPIA EM LINFOMAS E LEUCEMIAS AGUDAS: UMA REVISÃO DE ESCOPO

CASA Dalva^a, RFL Morão^a, PHS Rodrigues^b, GS Lopes^b, HG Martins^b, CFBM Linard^c, FJM Pinto^c, RLG Soares^d, JVP Oliveira^e

^a Faculdade CHRISTUS, Fortaleza, CE, Brasil

^b Serviço de Hematologia, Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Fortaleza, CE, Brasil

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

^d Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral, CE, Brasil

^e Serviço de Clínica Médica, Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Fortaleza, CE, Brasil

Objetivo: As leucemias e os linfomas não hodgkins juntos ocupam a 4ª posição entre as neoplasias hematológicas. Essas doenças possuem opções de tratamento curativo mesmo em situações adversas, contudo o processo de tomada de decisão é delicado, sendo a utilização dos modelos estatísticos capazes de ajudar na tomada de decisão. Aqui avaliamos quais são as escalas de toxicidade à quimioterapia e seu papel na tomada de decisão para o tratamento de pacientes com linfomas e leucemias agudas. **Metodologia:** A partir da abordagem do protocolo PRISMA, foi realizado uma revisão de escopo nas plataformas PUBMED, BIREME, COCHRANE e Periódicos da CAPES, utilizando a equação de busca: (“acute leukemia” or “acute leukaemia” or “acute myeloid leukemia” or “acute myeloid leukaemia” or “acute lymphoid leukemia” or “acute lymphoid leukaemia” or lymphoma) and (scale or score or index) and (“decision making” or “decision support techniques” or “clinical decision-making” or “clinical decision” or “decision trees” or “decision support systems, clinical” or “therapeutic decision”) and (chemotherapy or treatment or therapy) and (toxicity or mortality or “tolerability” or “risk-directed therapy” or “risk-directed treatment” or “risk-directed chemotherapy” or “therapy related risk” or “treatment related risk” or “chemotherapy related risk”). Nesta revisão incluíram-se artigos que tivessem discussão focada na análise de modelos estatísticos, para tomada de decisão terapêutica, em relação ao uso de quimioterapia nos pacientes com linfomas ou nas leucemias agudas. Não foi estabelecido corte temporal da publicação ou língua para a inclusão nesta revisão. **Resultados:** Após excluídas as duplicatas foram encontrados 402 artigos nas plataformas de pesquisa, seguindo o protocolo PRISMA foram selecionados 30 artigos. A partir deles foi observado que não existe uma única escala ideal para avaliação de toxicidade à