

revisão, destaca-se a quantidade limitada de estudos disponíveis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1105>

O QUE FAZER DIANTE DE UM PACIENTE PEDIÁTRICO COM NEUTROPENIA?

MBS Nascimento, LM Tôres, LF Alves, ACA Oliveira, TC Rezende, LLR Matos, VTR Matos, GLS Cordeiro, CDS Porto, LKA Rocha

Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Introdução/objetivo: A neutropenia é descrita como a contagem absoluta de neutrófilos em sangue periférico, inferior a $1.000/\mu\text{L}$, em crianças com até um ano de vida, e inferior a $1.500/\mu\text{L}$, após o primeiro ano de vida. Na avaliação do paciente neutropênico é importante considerar o estado clínico do paciente, e não apenas o número absoluto de neutrófilos. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo, explicitar a abordagem diagnóstica e o manejo diante de uma paciente pediátrica com neutropenia no ambulatório, indo além do típico caso de neutropenia febril. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema utilizando a base de dados PUBMED a partir de 2014. Foram utilizados os descritores: *Neutropenia in children AND Pediatric neutropenia AND Management of pediatric neutropenia*. A pesquisa resultou em 566 artigos. Foram excluídos relatos de caso e séries de casos. Foram selecionados 10 artigos com foco em manejo de neutropenia em crianças sem câncer, dentre os quais estão artigos originais, revisões sistemáticas e estudos prospectivos. **Discussão/resultados:** A neutropenia é classificada como aguda (até 4 semanas) ou crônica, isolada ou associada, congênita ou adquirida, leve ($1.000 - 1.500/\mu\text{L}$), moderada ($500 - 1.000/\mu\text{L}$) ou grave ($< 500/\mu\text{L}$). No ambiente ambulatorial, em caso de paciente com doença de base, que apresente quadro neutropênico atual, deve-se investigar possível agravamento da doença, ou possível efeito adverso em vigência de algum tratamento. Além disso, a investigação da neutropenia infantil necessita ser iniciada nos casos graves, devido ao risco de infecções; naquelas persistentes, pela possibilidade de existência de doença oculta; nas febris, pelo risco infeccioso subjacente; e, por fim, naqueles casos acompanhados de outras citopenias, pela possibilidade de comprometimento da função medular. O manejo do paciente pediátrico neutropênico é baseado nas principais possíveis causas da redução de neutrófilos, logo, é importante classificar a neutropenia em três grandes grupos: (a) primária com reserva de medula óssea reduzida (exemplos: síndrome de Shwachman-Diamond, síndrome de Chédiak-Higashi, entre outros), (b) secundária com reserva de medula óssea reduzida (exemplo, induzida por drogas, deficiência nutricional, infecções virais, entre outras) e (c) neutropenia com reserva adequada de medula óssea (exemplo, autoimune, hiperesplenismo, neutropenia familiar benigna, entre outras). Em caso de sinal de infecção, neutropenia grave ou sinal de alarme (queda do

sensorio, hipotensão, diaforese, dispneia, entre outros), deve-se solicitar exames investigacionais, proceder para internação hospitalar e antibioticoterapia. Dessa forma, o manejo deve seguir a causa principal; a avaliação da medula óssea pode ser considerada quando a neutropenia se torna crônica, sem etiologia definida ou diante da presença de sinais de gravidade. **Conclusão:** O diagnóstico e o tratamento da neutropenia infantil compõem um esforço complexo, porém, primariamente, saber como e quando investigar é importante para o prognóstico dos pacientes. Assim, uma abordagem sistematizada necessita incluir o histórico médico completo, um exame físico detalhado e exames complementares pertinentes e direcionados, com foco nos possíveis fatores causais e na gravidade da situação de momento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1106>

AValiação de DRM DURANTE A INDUÇÃO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DIAGNÓSTICO DE LLA B E CORRELAÇÃO COM AS TAXAS DE SOBREVIDA GLOBAL

Sarah-Rodrigues, Estefânia-Rodrigues, Ísis-Maria, José-Carlos, Felipe-Magalhães, Ricardo-Camargo, Robéria-Mendonça, Anna-Carolina

Hospital da Criança de Brasília (HCB), Brasília, DF, Brasil;

Objetivos: Desde a sua incorporação como ferramenta para avaliação de resposta ao tratamento, a DRM se consolidou como o principal fator prognóstico na Leucemia Linfóide Aguda (LLA). O trabalho foi desenvolvido para avaliar a correlação entre valores de DRM em diferentes momentos e as taxas de sobrevida global (SG) dos pacientes tratados em uma instituição pública de referência no Brasil. **Material e métodos:** Foram avaliados 122 pacientes com idade entre 1 e 18 anos com diagnóstico de LLA B admitidos no HCB de julho de 2018 a setembro de 2022, tratados pelo protocolo BFM ALLIC 2009 adaptado. A DRM, realizada por citometria de fluxo (8 cores) foi aferida nos dias D15, D33 e D78. Foram avaliadas curvas de SG considerando os pacientes com DRM negativa ($< 0,01$) e DRM positiva ($> 0,01$) nos três diferentes momentos: D15, D33 e D78. **Resultados:** Identificou-se forte associação entre melhores taxas de SG e valores negativos de DRM. As taxas de SG dos pacientes com DRM negativa no D15 e no D33 foram marcadamente superiores às taxas de SG dos pacientes com DRM positiva: 97% X 71% para o D15 ($p = 0,01$) e 93% X 42% para o D33 ($p < 0001$). Quando considerado o D78, não houve diferença significativa entre as taxas de SG ($p = 0,07$). **Conclusão:** Os achados apontam para o valor da avaliação da DRM no D33 (não preconizado pelo BFM); confirmam a relevância da DRM como ferramenta para avaliação de resposta ao tratamento e sua importância como fator preditivo de prognóstico em crianças com LLA B.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1107>