

marcadores de linhagem mieloide (como o caso em questão) ou mesmo de células tronco, demonstrando a natureza imatura desta entidade. Apesar de ser considerada entidade distinta, o tratamento consiste em esquemas quimioterápicos utilizados para tratamento dos outros subtipos de LLAs, com indicação bem estabelecida de transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico na primeira remissão completa (seu diagnóstico já classifica a LLA como de alto risco). Além disso, o presente relato visa demonstrar a fundamental importância da citometria de fluxo, tanto para correta identificação imunofenotípica do clone leucêmico ao diagnóstico quanto para futuras comparações em potenciais recaídas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104574>

ID - 1477

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B ASSOCIADA À SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA: RELATO DE CASO

PDS Tolentino, VBD Rodrigues, GBC Negreiros,
BL Costa, RFP Mendes, LC Ferreira, MR Vale,
CP Faria, HLI Karajah

Hospital de Base do Distrito Federal (HDBF),
Brasília, DF, Brasil

Introdução: A eosinofilia secundária pode ocorrer em várias circunstâncias como infecções, alergias, autoimunidade e malignidade. A Leucemia linfoblástica aguda B associada à hipereosinofilia (LLA-eo) é extremamente rara e foi descrita poucas vezes na literatura. Apresentaremos o caso de um paciente jovem, do sexo masculino, com tal diagnóstico. **Descrição do caso:** Paciente, 27 anos, masculino, relatou dor abdominal, febre, diarreia e perda ponderal há 30 dias e evoluiu com úlcera de pressão sacral devido mobilidade reduzida e síndrome consumptiva. Hemograma constatou leucocitose com eosinofilia importante (hemoglobina 10,2, leucócitos 48400 eosinófilos 16450 34%, plaquetas 466.000), lâmina de sangue periférico com linhagem eosinofílica abundante com diferentes formas e em exames de imagem hepatoesplenomegalia moderada e linfonodomegalias difusas. Realizou-se imunofenotipagem de sangue periférico com resultado de 1% de blastos de linhagem B associada à hipereosinofilia. Assim, paciente foi transferido para hospital com suporte hematológico executou-se os seguintes exames: imunofenotipagem de medula óssea eosinofilia com presença de 10,3% de linfoblastos B, com fenótipo aberrante, correspondente a linfoma/leucemia linfoblástica B (positivos: CD10, CD33, CD19, CD20, CD21, CD34, CD38, CD45, CD58, CD66c, cCD79a, CD81, CD123, TDT, HLA-DR e negativos: MPO e CD117), biópsia de medula óssea 90% da celularidade hematopoética as custas de infiltração de células com Leucemia Linfoblástica Aguda B comum (CD 20+, CD10+ e TdT+), biópsia e imunohistoquímica de linfonodos corroborando o mesmo diagnóstico, cariótipo complexo incluindo a alteração de add(5) (q?31) e BCR ABL negativo. Ademais, constatou-se insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (troponina elevada e ecocardiograma transtorácico com fração de ejeção de 39%) devido

miocardite eosinofílica. Assim, após o diagnóstico de LLA-eo com miocardite eosinofílica iniciou-se protocolo Berlim-Frankfurt-Münster (BFM) inicialmente sem adição de antraciclina. Após otimização das medicações paciente permaneceu assintomático do ponto vista cardiológico e com melhora da fração de ejeção (50%) e segue em protocolo quimioterápico. A LLA-eo é extremamente rara, representando menos de 1% dos casos de eosinofilia e poucos casos são descritos na literatura. Tal entidade foi mais associada ao sexo masculino, com idades mais jovens (média de 14 anos) e as manifestações clínicas relacionadas a hipereosinofilia normalmente precedem os sinais e sintomas da LLA-eo, como erupção urticariforme, febre, artralgia, mialgia, sudorese e dispnéia, e quando há síndrome hipereosinofílica ocorre o acometimento órgão específica, que no caso relatado neste estudo houve injúria cardíaca. Outra característica intrigante dessa patologia é que normalmente o esfregaço de sangue periférico os blastos são ausentes. A LLA-eo foi associada a translocação t(5;14)(q31;q32) que leva à superexpressão da interleucina (IL-3) por meio de um gene de fusão denominado locus pesado de imunoglobulina (IGH)-IL3, que induz a hipereosinofilia. Assim como no nosso caso, alguns relatos anteriores os pacientes também foram tratados com protocolo BFM. **Conclusão:** Entender a manifestação clínica, laboratorial e molecular da LLA-eo é fundamental para aprofundar o conhecimento sobre tal patologia rara. Mais estudos são necessários para ampliar as discussões sobre o tema.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104575>

ID - 3016

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B DE ALTO RISCO COM RECIDIVA PRECOCE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

GAF Salgado, LS Cardoso, FB Vito, MMD Moura,
ACM Carneiro

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM),
Uberaba, MG, Brasil

Introdução: A leucemia linfoblástica aguda (LLA) é a neoplasia hematológica mais frequente na infância. Embora haja significativos avanços terapêuticos, a recidiva precoce representa um grande desafio clínico. Este relato descreve a jornada de uma paciente pediátrica com LLA-B de alto risco com recaída precoce e suas complicações clínicas. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 12 anos, procedente de Uberaba, diagnosticada com LLA-B de alto risco em julho de 2024. O mielograma diagnóstico evidenciou 96,1% de blastos e a imunofenotipagem por citometria de fluxo confirmou a origem por células B. Foi iniciada a primeira linha de tratamento com protocolo ReLLA 2005, obtendo resposta hematológica favorável. Entretanto, em dezembro do mesmo ano, apresentou recidiva precoce, com doença residual mensurável (DRM) comprovando 81,5% de blastos linfóides na medula óssea e definido prosseguir com protocolo de recaída HD Ara-C + VP. Em janeiro de 2025, após a recuperação clínica da paciente e confirmação de DRM negativa, a paciente teve acesso à

imunoterapia com Blinatumabe, anticorpo monoclonal biespecífico anti-CD3 e anti-CD19, para consolidação e manutenção de DRM negativa até acesso ao transplante de células tronco hematopoéticas (TCTH) haploidêntico, que ocorreu em março do mesmo ano, apresentando complicações clínicas graves como: choque séptico e cardiogênico, insuficiência renal aguda com necessidade de hemodiálise. Em maio, foi identificada recidiva de doença medular e extramedular com infiltração mamária esquerda tratada com radioterapia e, pelo acesso à nova imunoterapia, Inotuzumabe Ozogamicina, anticorpo anti-CD22 conjugado a droga, associado ao protocolo Mini Hyper- CVAD. Após segundo ciclo do novo tratamento, a paciente apresentou reativação viral do citomegalovírus (CMV) e choque séptico de foco pulmonar, evoluindo a óbito. **Conclusão:** A recidiva precoce em pacientes com LLA-B de alto risco é um fator prognóstico importante e demanda estratégias terapêuticas mais intensas. Neste caso, mesmo com resposta inicial à indução de remissão, a paciente evoluiu com recaída precoce e necessitou transplante haploidêntico. A complexidade do pós- TCTH e a necessidade de controle de infecções, como a por CMV, evidencia os desafios da imunossupressão. A infiltração extramedular em mama, retrata a agressividade da doença. O impacto de terapias sequenciais, como a radio, quimio e imunoterapia, causam alta toxicidade orgânica, ampliando as morbidades e, consequentemente, comprometendo a qualidade de vida da paciente. Diante disso, a perspectiva de uso da terapia CAR-T surge como alternativa promissora em casos refratários de LLA. Este caso evidencia os inúmeros desafios no tratamento da LLA-B de alto risco com recidiva precoce em pediatria. O sucesso terapêutico depende da seleção ampla e adequada de protocolos em conjunto com a vigilância frente às complicações infecciosas e auxílio integral ao paciente. Nesse cenário, as terapias celulares emergem como uma alternativa extremamente importante e devem ser consideradas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104576>

ID - 2917

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA COMUM RECIDIVADA EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL APÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO: RELATO DE CASO

MG Chaves, AC Campioli, DM Pazetto,
FP Giacomel, MCO Paula, L Esmeraldino

Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina
(CEPON), Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: A recidiva de quadros de leucemia linfoblástica aguda (LLA) implica em um prognóstico ruim e demandam tratamento agressivo com quimioterápicos em alta dose que penetrem o sistema nervoso central (SNC), intratecais e radioterapia. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 36 anos, teve diagnóstico de LLA-B comum em 2019. Ao diagnóstico, SNC negativo, cariótipo normal e cromossomo Filadélfia negativo. Foi submetida à tratamento em 1ª linha com protocolo Total Therapy XV (TTXV) adaptado. Em 2020, foi trocado para

protocolo GMALL devido à pandemia da COVID-19. Em 2021 a quimioterapia foi suspensa por cerca de 3 meses devido à gestação, porém paciente seguia com doença residual mínima (DRM) negativa. No 2º trimestre foi reiniciado tratamento sem altas doses de metotrexato (HD MTX) devido à potencial teratogenicidade. Em março de 2022, foram evidenciados 3,6% de blastos linfoides em imunofenotipagem (IMF) de medula, prosseguindo-se para reindução com protocolo BFM e paciente entrou em remissão com DRM de 0,0007% em setembro de 2022. No mesmo mês foi submetida à transplante alogênico com doador não aparentado, com condicionamento com Flu+TBI. Manteve-se sem doença até março de 2024 quando iniciou quadro de cefaleia persistente, náuseas e zumbidos. Nesta ocasião, apresentou lesão de 15,7 x 21,6 mm no giro frontal inferior, e infiltração de líquido com 88% de blastos linfoides B. A IMF de MO apresentou 0,01% de blastos. Novo cariótipo era 46 XY com quimerismo total e BCR:ABL p190 e P210 indetectável. Foi submetida ao protocolo IVAC adaptado, HD MTX 3,5 g/m², vincristina, PEG-asparaginase, radioterapia de neuroeixo e 6MP, evoluindo com resposta completa em SNC. Após atingir remissão paciente segue em tratamento de manutenção com MADIT mensal, PEG asparaginase e HD-MTX, atualmente assintomática e sem evidência de doença. Plano de seguir com CAR-T Cell Therapy consolidativo. Este caso salienta a importância de terapêuticas para o tratamento de LLA-B recidivada e refratária (R/R) ao elucidar a história clínica de uma paciente com recidiva em SNC quase 2 anos após transplante alogênico e sua resposta a uma combinação quimioterápica com alta penetração em SNC, intratecais e radioterapia. Não foram empregados imunoterápicos como blinatumumabe (anti-CD19) e inotuzumabe (anti-CD22), que poderiam ser usados num contexto de LLA-B R/R, devido à falta de evidências quanto à atuação em doença em SNC e dificuldade de acesso. Ademais, a paciente foi encaminhada para possível terapia com CAR-T, que é uma terapia com altas taxas de remissão em SNC. Considerando também que paciente já foi submetida à transplante alogênico e apresentou recidiva após, deve-se ponderar a relação risco/benefício de submetê-la a um segundo transplante visto que os resultados tendem a ser ruins nesses casos. **Conclusão:** Este relato ilustra as possíveis terapêuticas em caso de recidiva em SNC, bem como as dificuldades representadas pela doença e as limitações de acesso a recursos que podem ser cruciais para manejo destes pacientes – como CAR-T e imunoterápicos, especialmente em contexto mais delicados de doença R/R como pós TCTH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104577>

ID - 1702

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS B EM LACTENTE: RELATO DE CASO COM ÊNFASE NO MANEJO INTENSIVO PELO PROTOCOLO INTERFANT-06

L Miri-Lorenzini^a, MF Bassani-Nácul^a,
P Casara^a, E Thomé^a, G Siota-Schramm^a,
G Canali-Locatelli-Bellini^a, A Cortes-Molon^a,