

exigindo antibioticoterapia de amplo espectro. Houve diagnóstico de pneumonia por *Klebsiella pneumoniae* multirresistente e suspeita de infecção fúngica pulmonar, demandando ajustes terapêuticos sucessivos. Posteriormente, apresentou sintomas neurológicos progressivos, hipertensão intracraniana, alterações líquóricas compatíveis com infiltração do SNC e lesões nodulares na ressonância magnética. Foi instituída quimioterapia intratecal intensificada (metotrexato e citarabina). Observou-se regressão parcial das lesões, mas houve deterioração clínica com rebaixamento do nível de consciência, culminando em óbito. **Conclusão:** Este caso evidencia a agressividade das leucemias agudas de fenótipo misto (LAMF) associadas à inv(16) (p13q22), alteração citogenética rara nesse contexto e potencialmente ligada a pior evolução clínica. Apesar do uso do protocolo GRAAL, houve refratariedade, infecções graves e recorrentes decorrentes de imunossupressão prolongada, incluindo pneumonia bacteriana multirresistente e suspeita de infecção fúngica. O acometimento do SNC, confirmado por alterações líquóricas e lesões nodulares, foi determinante no desfecho e constitui marcador prognóstico desfavorável, demandando tratamento intratecal precoce e abordagem multidisciplinar com integração entre hematologia, infectologia, neurologia e terapia intensiva. Relatos como este ampliam o conhecimento sobre subgrupos genéticos raros, favorecendo protocolos mais direcionados, capazes de melhorar sobrevida e qualidade de vida desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104641>

ID - 3084

RELATO DE CASO: EFEITOS ADVERSOS APÓS USO DE METOTREXATO EM PACIENTE PEDIÁTRICO

IO Tanios^a, FLSM de Araujo^a, LLC Lisboa^b,
DR Blanco^b, JEG Barros^a, APR Levandowski^a,
AR de Azevedo^b, GLdRR Veras^b,
CI Casagrande^b, TRRdS dos Santos^b

^a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

^b Hospital do Câncer Aldenora Bello (HCAB), São Luís, MA, Brasil

Introdução: A leucemia linfoblástica aguda de células B (LLA-B) é uma neoplasia hematológica caracterizada pela proliferação clonal de linfoblastos B imaturos, resultando na substituição dos elementos normais da medula óssea e, consequentemente, em manifestações como anemia, trombocitopenia e leucocitose. O tratamento da LLA-B é complexo e fundamentado em esquemas de quimioterapia (QT) intensiva. Dentre os agentes utilizados, o metotrexato (MTX) destaca-se como uma droga chave, especialmente em protocolos de alto risco. No entanto, sua administração está associada a efeitos adversos potencialmente graves, incluindo toxicidade mucocutânea, hematológica, hepática e nefrotóxica. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 15 anos, com diagnóstico de LLA-B em janeiro de 2025, confirmado por imunofenotipagem, com 55,8% de blastos em medula óssea.

Iniciou QT em fevereiro, seguindo o protocolo BFM IC 2009-HR, com boa tolerância inicial. Em julho, foi internado para novo ciclo com MTX. Cinco dias após a administração foi reinternado chocado, com mucosite grau 4, rash cutâneo, flebite em membro superior esquerdo (MSE) após infusão de norepinefrina em veia periférica e lesão renal aguda estágio 3 (creatinina: 5,72 mg/dL; ureia: 105,5 mg/dL), acompanhada de elevação significativa da proteína C reativa (PCR > 24 mg/dL). Iniciou-se suporte intensivo com expansão volêmica com ringer lactato, drogas vasoativas, antibioticoterapia (oxacilina inicialmente), nutrição parenteral após estabilização, fotobiomodulação oral e outros. Evoluiu com celulite em MSE, lesões bolhosas em membros superiores, tronco e dorso, febre, diarreia, diminuição da diurese, piora da função renal (ureia: 115,9 mg/dL; creatinina: 4,46 mg/dL). Evoluiu com neutropenia febril, sepse, crise convulsiva (encefalopatia pelo MTX), comprometimento respiratório e edema de parede abdominal. Houve necessidade de escalonamento antimicrobiano (micafungina, levofloxacino, teicoplanina, meropenem), além de uso de vitamina K, alopurinol e analgesia com morfina. Apesar das medidas adotadas, o paciente evoluiu com três paradas cardiorrespiratórias, sem sucesso nas manobras de reanimação, sendo constatado o óbito. **Conclusão:** O MTX é um antimetabólito e um agente quimioterápico essencial, empregado no tratamento da LLA-B, no entanto, está ligado a riscos de toxicidade graves. A complexidade do quadro demandou uma abordagem intensiva e multidisciplinar. Uma vez que a nefrotoxicidade compromete a excreção renal e intensifica os efeitos sistêmicos. As complicações mucocutâneas são manifestações severas de toxicidade, com impacto significativo no estado nutricional, imunológico e infeccioso do paciente. A progressão para sepse e falência orgânica múltipla evidencia o potencial letal da toxicidade por MTX, mesmo em pacientes previamente estáveis e com suporte especializado. Desse modo, apesar dos avanços no tratamento da LLA pediátrica, a toxicidade ao MTX continua sendo um desafio clínico. Este caso destaca a importância da vigilância rigorosa de sinais precoces; como mucosite e alterações cutâneas, que podem preceder descompensações sistêmicas graves. Assim, protocolos de prevenção, hidratação adequada, alcalinização urinária e condutas individualizadas são essenciais para reduzir a morbimortalidade em pacientes onco hematológicos submetidos à quimioterapia intensiva.

Referência:

DeAngelo DJ, Jabbour E, Advani A. Recent advances in managing acute lymphoblastic leukemia. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2020;40:330-42. doi:10.1200/EDBK_280175.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104642>

ID - 2786

RELATO DE CASO: ENTIDADE RARA ENVOLVENDO O GENE FGFR1 EM LEUCEMIA AGUDA.

ASB Perazzio^a, MLLF Chauffaille^a,
FPdS Santos^b, JM Pessoa^b, FM Santos^b,
LGF Cortes^c, MC Azevedo^d