

representando recidiva extramedular isolada em até 8% dos casos pós TMO. Sua ocorrência está associada a mutações desfavoráveis (ex., FLT3) e pior prognóstico. O tratamento pode envolver quimioterapia sistêmica intensiva, radioterapia, ressecção cirúrgica e, em casos selecionados, novo transplante. A recidiva isolada pode preceder ou não estar acompanhada por blastos medulares, sendo essencial o diagnóstico histológico e a intervenção precoce. O caso descrito destaca a importância da vigilância pós TMO e da atuação integrada entre serviços de referência, bem como a necessidade de acesso rápido a terapias de resgate, considerando especialmente a raridade e gravidade do quadro.

Referências:

- Pileri SA, et al. Myeloid sarcoma: clinico-pathologic, phenotypic and cytogenetic analysis of 92 adult patients. *Leukemia*. 2007.
- Kumar A, et al. Isolated extramedullary relapse of AML after allo-SCT in children: A review. *Front Pediatr*. 2022.
- Li Z, et al. Treatment and outcomes of isolated myeloid sarcoma: insights from a multicenter pediatric cohort. *Blood Adv*. 2023.
- Bakst RL, et al. Management of extramedullary relapse after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Br J Haematol*. 2011.
- Ravindran A et al. Extramedullary relapse of AML after HSCT: incidence, risk factors and outcomes. *Bone Marrow Transplant*. 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105140>

ID – 869

SEGURANÇA ANESTÉSICA NA ONCO-HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA: DESAFIOS E EVIDÊNCIAS ATUAIS

IC Tosta ^a, AdB Martho ^b

^a Universidade de Mogi das Cruzes (UMC), Mogi das Cruzes, SP, Brasil

^b Hospital São Luiz, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Pacientes pediátricos onco-hematológicos com as seguintes patologias, leucemia e linfomas, frequentemente necessitam de procedimentos invasivos que demandam suporte anestésico ao longo das diversas fases do tratamento neoplásico. A formulação de um plano anestésico seguro exige precauções específicas devido às peculiaridades fisiológicas da infância, a toxicidade decorrente dos quimioterápicos, ao estado imunossuprimido e aos efeitos colaterais dos quimioterápicos. **Objetivos:** Analisar os desafios e as particularidades do manejo desses pacientes, com ênfase na individualização e na segurança do plano anestésico. **Material e métodos:** Revisão da literatura baseada em artigos das bases PubMed e LILACS, em inglês e português. **Resultados:** A maioria dos estudos analisados evidenciou a necessidade de uma avaliação pré-anestésica para a personalização do plano anestésico, considerando os fatores de risco de cada paciente, como toxicidades hematológicas, hepáticas e cardíacas.

Sendo assim, as principais técnicas anestésicas combinaram a anestesia geral e sedação com dexmedetomidina e cetamina, sendo as melhores técnicas em anestesia intravenosa total e uso de dextrocetamina com dexmedetomidina. Entretanto, as interações medicamentosas entre quimioterápicos e agentes anestésicos podem representar riscos significativos, especialmente em pacientes que utilizaram drogas com potenciais complicações anestésicas, tais como ciclofosfamida, doxorubicina e vincristina. Além disso, nos casos de plaquetopenia significativa e outros distúrbios de fatores de coagulação, as técnicas neuroaxiais estão contra indicadas devido ao risco aumentado de sangramento. **Discussão e conclusão:** A literatura ressalta a importância do manejo personalizado para pacientes pediátricos onco-hematológicos guiado por protocolos atualizados que avaliam os sinais de coagulopatias, alterações hepáticas, renais e uma possível toxicidade cardíaca após uso de antraciclinas. Antes de qualquer intervenção invasiva, é fundamental realizar uma avaliação completa, incluindo exames laboratoriais e complementares indicados conforme o histórico terapêutico, a fim de que o anestesista possa ajustar a conduta de forma segura e estar preparado para possíveis intercorrências. Além disso, uma sedação estável com a preservação das vias aéreas e uma estabilidade hemodinâmica se mostrou eficaz ao usar a combinação de cetamina e dexmedetomidina. Ademais, as interações medicamentosas podem oferecer riscos importantes. Entre as principais drogas associadas a complicações estão a ciclofosfamida, que pode causar toxicidade hepática e renal, influenciando na escolha dos anestésicos intravenosos; a doxorubicina, conhecida por sua cardiotoxicidade, com potencial de depressão miocárdica; e a vincristina, que pode provocar neuropatia periférica e prolongar os efeitos dos bloqueadores neuromusculares. Em suma, a anestesia em pacientes pediátricos onco-hematológicos representa um desafio que requer atenção especializada. A limitação principal dos estudos analisados é a escassez de ensaios clínicos randomizados específicos para essa população, indicando a necessidade de mais pesquisas prospectivas. Por isso, é fundamental implementar estratégias individualizadas e promover um trabalho multidisciplinar coordenado para minimizar riscos e melhorar os resultados clínicos. Para alcançar esse objetivo, é imprescindível investir em pesquisas e na construção de consensos científicos que aprimorem a segurança anestésica, a qualidade do tratamento e a condição de vida desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105141>

ID – 1447

SÉRIE DE CASOS DE TUBERCULOSE EM CRIANÇAS COM LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA EM PAÍS ENDÊMICO

MdCD Borborema, MM Lins

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

Introdução: A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é a neoplasia pediátrica mais frequente, e a imunossupressão induzida pela quimioterapia aumenta o risco de infecções oportunistas. Em países endêmicos para Tuberculose (TB), como o Brasil, é fundamental manter alto grau de suspeição, pois em crianças imunocomprometidas a TB costuma ser paucibacilar, tornando o diagnóstico um desafio clínico e laboratorial. Apesar da relevância clínica, existem poucos trabalhos na literatura descrevendo TB em crianças com LLA. **Objetivos:** Descrever a apresentação clínica, manejo e evolução da infecção por tuberculose durante o tratamento de LLA pediátrica em um centro de referência. **Material e métodos:** Série de seis casos descritos a partir de revisão de prontuários médicos de pacientes em tratamento para LLA que desenvolveram TB entre 2021–2024. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi de 10,5 anos (5–16), sendo 67% do sexo masculino. As formas clínicas de TB incluíram pulmonar (67%), ganglionar cervical (17%) e intestinal (17%). O caso de TB ganglionar teve o diagnóstico por GeneXpert positivo. Dos casos de TB pulmonar, três apresentaram IGRA positivo e um teve os testes (IGRA e GeneXpert) inconclusivos, sendo estabelecido o diagnóstico clínico-epidemiológico e radiológico. O caso de TB intestinal foi confirmado por anatomopatológico após laparotomia de urgência por perfuração intestinal. Todos os pacientes estavam na fase de manutenção do tratamento para leucemia. Foram utilizados esquema com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (esquema RIPE) por tempo médio de 6 meses. Náuseas leves foram o sintoma mais relatado, sem toxicidades significativas relacionadas ao uso concomitante da quimioterapia. Todos completaram o tratamento com resolução clínica e sem óbitos. **Discussão e conclusão:** A sobreposição clínica entre TB e LLA em pediatria é um desafio diagnóstico, podendo ser confundida com manifestações da leucemia, toxicidade da quimioterapia ou outras infecções. A ocorrência de todos os casos na fase de manutenção sugere que, mesmo menos intensiva, essa etapa mantém imunossupressão capaz de favorecer infecção primária ou reativação de TB latente. A presença de formas extrapulmonares reforça a necessidade de considerar apresentações atípicas, sobretudo em pacientes imunodeprimidos de regiões endêmicas. Métodos como GeneXpert, IGRA e anatomopatológico foram úteis, mas o diagnóstico clínico – epidemiológico segue fundamental na ausência de confirmação laboratorial. A suspeição clínica, o início precoce do tratamento e a manutenção programada da quimioterapia foram determinantes para ausência de óbitos e resolução dos casos, reforçando a importância de identificação e intervenção oportunas, associado a acompanhamento clínico rigoroso. A tuberculose deve ser considerada no diagnóstico diferencial de infecções em crianças com LLA, uma vez que pacientes pediátricos imunossuprimidos podem ser até 40 vezes mais suscetíveis à infecção por *Mycobacterium tuberculosis*. O rastreio de familiares e contactantes é essencial, e, diante de apresentações atípicas ou limitações diagnósticas, o tratamento empírico pode ser decisivo para permitir a continuidade segura da quimioterapia e prevenir complicações graves.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105142>

ID – 1021

SIGNIFICADO PROGNÓSTICO DA MEDULA ÓSSEA OBTIDA NO DIA 15 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: AVALIAÇÃO DE DESFECHOS PRECOSES E TARDIOS

W Carvalho-Filho, JHN Spínola-de-Brito, MF Campos, C Gotardo-Alencar, SS Viana, R Cipolotti

Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju, SE, Brasil

Introdução: Os avanços terapêuticos no tratamento da Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) nas últimas décadas permitiram um aumento expressivo na taxa de sobrevida, principalmente com o uso de protocolos como o BFM 2009, que estratifica os pacientes por risco (baixo, intermediário e alto) através dos parâmetros: idade, contagem de leucócitos, imunofenótipo e resposta precoce ao tratamento avaliada através da determinação da Doença Residual Mínima (DRM) em aspirado de medula óssea. DRM é considerada o fator prognóstico mais robusto para LLA, de forma que níveis elevados de DRM nos D15 e D35 estão associados a piores desfechos. **Objetivos:** Avaliar o significado prognóstico com relação aos desfechos precoces e tardios do resultado da avaliação da DRM em medula óssea obtida no D15 em crianças e adolescentes com LLA. **Material e métodos:** Foram incluídos pacientes com até 19 anos incompletos diagnosticados com LLA entre 1º de agosto de 2018 e 30 de junho de 2025 em um Centro de Oncologia Pediátrica que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. As variáveis demográficas (sexo e idade), clínicas (desfecho no D35, D180 e final de tratamento, recaída, imunofenótipo e risco segundo os critérios do BFM-2009) e laboratoriais (DRM D15, número de blastos D15, DRM D35, número de blastos D35) foram obtidas dos prontuários. A DRM foi avaliada por citometria de fluxo. A Sobrevida Global (SG) e a Sobrevida Livre de Eventos (SLE) foram analisadas em dois momentos: D180 e D1000 desde o diagnóstico. A análise estatística incluiu o teste de Fisher para variáveis categóricas e testes de T de Student ou Mann-Whitney para variáveis contínuas. A SG e SLE foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier, com comparação entre curvas pelo teste de log-rank. A determinação da razão de risco (HR) foi feita pelo modelo de Cox. Utilizou-se o software RStudio versão 2025.05.1+513, considerando-se significantes os valores de $p = 0,05$. **Resultados:** Foram considerados elegíveis 103 pacientes, mas 41 foram excluídos devido a dados incompletos, tempo de seguimento inferior a 180 dias ou abandono do seguimento. Foram avaliados 62 pacientes, 42 apresentaram DRM positiva e 20 DRM negativa no D15. A idade ao diagnóstico foi a única variável com diferença significativa entre os grupos ($p=0,01$). Na análise de SG no D180 observou-se $HR=1,74$ para o grupo com D15 positivo, sem significância ($p=0,48$). Aos D1000 a $HR=3,16$ ($p=0,13$). Quanto à SLE, resultados semelhantes foram encontrados no D180, entretanto aos 3 D1000 o grupo com DRM positiva no D15 apresentou $HR=4,36$; $p=0,05$. Ao avaliar os pacientes com DRM positiva no D15 estratificados por percentual de blastos ($< 1\%$, $1-10\%$ e $> 10\%$) foram