

DRM poderia antecipar a recaída em casos semelhantes. **Conclusão:** Relatamos um caso de paciente jovem com diagnóstico de LLA B, apresentando fatores de bom prognóstico e avaliação de DRM negativa após 4 anos de doença, que evoluiu com recidiva clínica. Alguns pacientes podem apresentar recidiva apesar da DRM negativa, o que pode ser explicado pela evolução clonal e presença de diferentes marcadores na doença recidivada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.296>

## LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA DE CÉLULAS T, NÃO TÍMICA, COM DIABETES MELLITUS AO DIAGNÓSTICO: RELATO DE CASO

JA Mozini <sup>a</sup>, RC Bressa <sup>a,b</sup>, JAN Bressa <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, Brasil

<sup>b</sup> Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP, Brasil

**Introdução:** A leucemia linfoblástica aguda de células T acometem comumente crianças e adultos até os 40 anos, tendo uma incidência significativamente maior nos primeiros, de 25%. Essa entidade é resultante de uma proliferação clonal de precursores linfoide anormais, na medula óssea. Células essas, que quando testadas, expressavam CD1a, CD2, CD3 de superfície, CD4, CD5, CD8, CD62L, CD57 e  $\alpha/\beta$  e  $\gamma/\delta$  de superfície. Há uma alta prevalência de pré-diabetes e DM2 em sobreviventes da LLA. Acontecendo isso tanto pelo aumento dos fatores de risco para desenvolvimento futuro, tanto devido complicações do tratamento. Neste último caso, bastante relacionado ao uso de L-asparaginase, podendo se manifestar como um quadro de diabetes mellitus adquirida/tipo 2, como pancreatite e cetoacidose diabética. O caso clínico em questão desperta interesse e relata raridade, pois há associação de diabetes mellitus, de uma forma incomum, ao diagnóstico e não como complicação terapêutica. **Materiais e métodos:** Levantamento de prontuário, descrição e discussão de relato de caso com revisão bibliográfica em bancos de dados (LILACS, Cochrane, PubMed). **Resultados:** MVCM, masculino, 21 anos, chega ao pronto-socorro de um hospital do interior de São Paulo com queixa de sudorese noturna, perda ponderal, polifagia, polidipsia e adenomegalias disseminadas aproximadamente 3,0 cm em axilares, cervicais anteriores e profundas há aproximadamente 30 dias. Apresentava hiperglicemia com difícil controle com dose alta de insulina. Hemoglobina glicada 15%, com glicemia média de 380 mg/dL. Tomografias com linfonodos mediastinais, retroperitoneais, axilares, cervicais e esplenomegalia, sem alterações topografia pancreática. Ressonância de abdômen apenas linfonodos aumentados e esplenomegalia, sem compressões das vias biliares. Hemograma com leucocitose a custas de linfócitos com aumento progressivo (em poucos dias estava com 80.000 leucócitos) e imunofenotipagem compatível com LLA-T (CD34, TdT (nuclear), CD99, CD3 (citop), CD3 (sup)\*, CD7, CD81, CD38, CD44, CD2, CD8, CD5). Iniciou tratamento com esquema quimioterápico GMAAL, evoluindo com neutropenia febril e abscesso glúteo com resolução após antibioticoterapia. No

momento está realizando segunda consolidação e com a hiperglicemia controlada desde o término da fase de indução. Paciente é órfão e segue tratamento com procura de doador de medula óssea para realizar transplante não aparentado. No momento em remissão completa com DRM negativa e imunofenotipagem normal. **Discussão:** A LLA de células T teve um avanço terapêutico importante nos últimos 50 anos, sendo transformada de uma doença potencialmente fatal, para uma taxa de cura de 90%, em países desenvolvidos<sup>3</sup>. Além de empolgante, essa estatística é crucial para pensar na longevidade desses doentes, tendo em vista que a maioria desenvolve uma ou mais condições médicas relacionadas ao tratamento durante a vida. O caso relata quadro clínico agravante com hiperglicemia como manifestação associada a leucemia. Isso faz alerta para diagnóstico diferencial e heterogeneidade das leucemias T. **Conclusão:** A heterogeneidade clínica das leucemias agudas exige atenção as complicações que podem levar a morbidade e mortalidade antes mesmo do tratamento. Os pacientes devem ser estimulados a participar de estudos clínicos e o médico deve individualizar o tratamento para obter o melhor resultado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.297>

## HIPOGLICEMIA ASSOCIADA AO USO DE ASPARAGINASE EM TERAPIA DE INDUÇÃO PARA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: RELATO DE CASO

AMC Sousa, FS Azevedo, PL Zenero, AAGS Brandão, EM Rego, V Rocha

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

**Objetivos:** A asparagina é um aminoácido não essencial com participação no metabolismo e divisão celular. A asparaginase (L-Asp) é uma enzima com potencial antitumoral porque reduz a asparagina sintetizada pelas células leucêmicas, sendo utilizada nos protocolos pediátricos de leucemia linfoblástica aguda (LLA). No entanto, a L-Asp é associada a eventos adversos: coagulopatia, pancreatite aguda, reação de hipersensibilidade, hepatotoxicidade e disglucemias. Apresentamos um caso de adulto jovem diagnosticado com LLA que desenvolveu hipoglicemia induzida por asparaginase peguilada (Peg-asparaginase) no serviço de Hematologia HCFMUSP. **Material e métodos:** Coleta de dados de prontuário clínico e revisão de literatura. **Resultados:** Masculino, 28 anos, diagnóstico de LLA-T cortical, com infiltração de sistema nervoso central, apresentação clínica com hemoglobina 6,9 g/dL, leucometria 285 mil/mm<sup>3</sup> com 248 mil/mm<sup>3</sup> de blastos e plaquetometria 50 mil/mm<sup>3</sup>. Iniciou a pré-fase com prednisona 60 mg/m<sup>2</sup>/dia por sete dias, com episódios de hiperglicemia associada a corticoide. A terapia de indução com BFM 86 adaptado com início em 21 de maio de 2022, o qual inclui prednisona 60 mg/m<sup>2</sup> do dia 1-14, com desmame até suspensão no D28, além de vincristina e daunorrubicina nos dias 1, 8, 15, 22 e Peg-Asparaginase 2000 UI/m<sup>2</sup> nos dias 12 e 26. Cinco dias após a infusão da Peg-asparaginase desenvolveu hipoglicemia de jejum (54 mg/dL) sintomática. Devido persistência das