

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,