

e a média de idade foram de 44 anos e houve predomínio do sexo masculino (61,29%), perfil semelhante a coortes que mostram média etária de 40–45 anos e ausência de predominância clara de sexo. As manifestações clínicas mais frequentes ao diagnóstico foram fadiga/astenia (38,70%) e hematomas/equimoses (35,48%). Houve predomínio da classificação de risco em intermediário (57,83%), seguido de alto (35,48%) e baixo risco (9,67%). Três pacientes não iniciaram o tratamento, um por transferência e dois por óbito – ambos diagnosticados já em grave estado geral por sangramento em sistema nervoso central. Entre os 28 que iniciaram tratamento, 96,42% apresentaram infecções e 42,85% manifestações hemorrágicas. Sintomas compatíveis com síndrome de diferenciação apareceram em 46,42%, proporção maior do que o encontrado em estudos internacionais, que reportam incidência entre 25% e 40%. Um paciente (3,57%) desenvolveu pseudotumor cerebri, complicação neurológica rara mais descrita em adultos jovens; o paciente tinha 23 anos e interrompeu o ATRA na ocasião. A taxa de mortalidade durante a indução foi de 17,85%, compatível com séries brasileiras (15–30%). A mediana e média entre diagnóstico e óbito foram de 13 e 14 dias, respectivamente, refletindo a evolução fulminante da LPA nas primeiras semanas. Os dados encontrados nesse estudo reforçam a necessidade de agilidade no diagnóstico e início da terapia, além de monitoramento intensivo durante o tratamento inicial, visando reduzir a mortalidade precoce e melhorar os desfechos clínicos desses pacientes no sistema público brasileiro.

Referências:

- Frankel SR, Eardley A, Lauwers G, Weiss M, Warrell RP Jr. All-trans retinoic acid for acute promyelocytic leukemia. *Ann Intern Med.* 1994 Feb 15;120(4):278-86. doi:10.7326/0003-4819-120-4-199402150-00003.
- Figueiredo-Pontes LL, Chauffaille MLLF, Almeida AM, Rego EM, Velloso EDRP, Scheinberg P, et al. Diagnosis and management of acute promyelocytic leukemia: Brazilian consensus. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2024 Oct-Dec;46(4):553-69. doi:10.1016/j.htct.2024.07.008.
- Montesinos P, Bergua JM, Vellenga E, Rayón C, Parody R, de la Serna J, et al. Differentiation syndrome in patients with acute promyelocytic leukemia treated with all-trans retinoic acid and anthracycline chemotherapy: characteristics, outcome, and prognostic factors. *Blood.* 2009 Jan 22;113(4):775-83. doi:10.1182/blood-2008-07-168617.
- Sanz MA, Montesinos P, Rayón C, Holowiecka A, de la Serna J, Milone G, et al. Risk-adapted treatment of acute promyelocytic leukemia with all-trans retinoic acid and anthracycline with or without cytarabine: a multicenter study by the PETHEMA group. *Blood.* 2010 Jun 24;115(25):5137-46. doi:10.1182/blood-2010-01-266007.
- Ribeiro R, Rego EM, Chauffaille MLLF, Almeida AM, Velloso EDRP, Scheinberg P, et al. High early death rate in acute promyelocytic leukemia in Brazil: a nationwide multicenter study. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2022 Jan-Mar;44(1):36-41. doi:10.1016/j.htct.2021.05.013.
- Golamari KR, Mikkilineni A, Chappidi S, Gundeti S, Bhatt VR, Verma V, et al. Early death in acute promyelocytic leukemia: experience of a rural cancer center in the United States. *Indian J Cancer.* 2020 Oct-Dec;57(4):451-6. doi:10.4103/ijc.IJC_499_19.
- Fontes HMF, Velloso EDRP, Chauffaille MLLF, Rego EM, Figueiredo-Pontes LL, Scheinberg P, et al. Causes and risk factors for early death in acute promyelocytic leukemia: results from the Brazilian APL group. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2024 Jan-Mar;46(1):122-8. doi:10.1016/j.htct.2023.05.003.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104594>

ID - 1368

LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA ALEUCÊMICA: RELATO DE CASO

JW Linhares Júnior, AFD Medeiros,
ANSdL Dantas, TRLd Oliveira, MRdV Dantas,
LFV Rocha

*Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de
Mossoró, Mossoró, RN, Brasil*

Introdução: A forma aleucêmica da leucemia promielocítica aguda (LPA) representa uma manifestação rara dessa doença, caracterizada pela ausência ou escassa presença de blastos no sangue periférico. A LPA resulta da translocação entre os cromossomos 15 e 17, formando o gene PML-RARA, que bloqueia a diferenciação celular e leva ao acúmulo de promielócitos na medula óssea. Apesar de compartilharem a mesma patogênese molecular, a forma aleucêmica pode ter manifestações clínicas distintas, e por sua raridade, há escassez de dados na literatura acerca deste padrão da LPA. Isto posto, o presente estudo busca relatar caso de LPA aleucêmica, a partir do reconhecimento clínico e da conduta terapêutica baseado em dados de prontuário e revisão da literatura sobre o tema. **Descrição do caso:** F.M.M.F., sexo masculino, 49 anos, hipertenso, etilista crônico, fazia uso contínuo de espironolactona 25 mg/dia e Flancox. No dia 05/04/2025, deu entrada no Hospital com quadro de distensão abdominal, febre e cansaço progressivo com início há cerca de 15 dias. Os exames laboratoriais revelaram hemoglobina de 10 g/dL, leucócitos de 600/mm³, plaquetas de 53.000/mm³, reticulócitos baixos, LDH de 709 U/L e ferritina de 2.635 ng/mL. O mielograma mostrou células com núcleos em halteres, hipergranulação e bastonetes de Auer, sugerindo LPA, confirmada por imunofenotipagem (IMF). Em 07/04/2025, foi iniciado o tratamento conforme protocolo PETHEMA 2004. Evoluiu com CIVD laboratorial em 14/04/2025 (fibrinogênio: 148 mg/dL; dímero-D: 20.000 ng/mL), sem sinais clínicos. **Conclusão:** A LPA pode apresentar-se com pancitopenia e complicações associadas à tríade leucêmica, no entanto a complicação comum deste quadro é a CIVD com sangramentos fatais. A atipicidade do presente caso se deu pelo grande período de tempo sem progressão à CIVD, uma vez que da primeira admissão ao início do tratamento, transcorreu-se 19 dias. O diagnóstico baseou-se na apresentação clínica e nos achados típicos do mielograma e da IMF. A medula óssea tinha hiperplasticidade de promielócitos anormais do tipo hipergranular em cerca de 95% do conteúdo local, além da presença de pró-mielócitos em sangue periférico de 18%, o que não foi evidenciado em sua primeira internação. Até o presente momento, o teste genético de detecção da mutação ainda não está disponível. Assim, a gravidade e urgência do

caso, amparado pela suspeita clínica, justificou o início da terapia de indução conforme o protocolo PETHEMA 2004. Posteriormente, com enquadramento em risco intermediário, iniciou-se a fase de consolidação, estando atualmente no 2º ciclo. O alcoolismo crônico pode ter contribuído para apresentação clínica atípica do caso, uma vez que o etilismo tem sido associado à supressão medular e poderia justificar a ausência de promielócitos no sangue periférico. O relato evidencia a relevância da suspeita clínica de LPA aleucêmica em casos de pancitopenia associada a sinais hemorrágicos, mesmo na ausência de leucocitose. Destaca-se a importância da realização de forma precoce do mielograma e da IMF para confirmação diagnóstica, permitindo o início imediato da terapia com o ATRA associado à daunorrubicina, mesmo antes da confirmação molecular, o que é fundamental para reduzir a mortalidade associada à doença. Este relato contribui para ampliar o conhecimento sobre a apresentação clínica e o manejo da LPA aleucêmica, evidenciando a necessidade da intervenção rápida em situações clínicas atípicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104595>

ID - 2984

LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA DE ALTO RISCO COM INFILTRAÇÃO NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

J Zanella, LS Santos, G Steffenello, EB Araújo

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: A Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) é uma variante da leucemia mielóide aguda que se caracteriza pela presença da translocação t(15;17) - gene de fusão PML-RARA. A LPA tem curso hiperagudo devido a sua coagulopatia, tendo como principais causas de morte antes do início do tratamento as hemorragias intracerebrais e/ou pulmonares. Na sua suspeita, a tretinoína (ATRA) deve ser iniciada imediatamente. Em pacientes de alto risco, a quimioterapia deve ser iniciada sem atraso. Com essas medidas, a LPA é um tipo de doença com altas taxas de cura. No entanto, quando há envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC), a erradicação dos promielócitos anormais é difícil. Os fatores associados ao acometimento do SNC incluem alta contagem de leucócitos, hemorragia do SNC, síndrome de diferenciação e uso de regimes que excluem citarabina. A melhor maneira de erradicar as células doentes do SNC ainda não foi estabelecida, porém relatos de casos mostram que a tripla terapia intratecal (TTI) é uma maneira eficaz e deve ser recomendada. O uso de trióxido de arsênico, entretanto, mostrou-se insuficiente no controle do envolvimento do SNC. Diante disso, apresentamos o caso de uma paciente com acometimento de SNC ao diagnóstico da LPA. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 34 anos, hígida, encaminhada por leucose aguda (leucócitos > 10.000), quadro de hematomas e sangramento gengival há 1 mês. Na chegada, apresentava cefaleia intensa holocraniana de difícil controle algico. A tomografia

computadorizada de crânio não demonstrou alterações. A terapia com ATRA foi iniciada prontamente devido a suspeita de LPA. A avaliação de medula óssea mostrou a translocação t(15;17) PML-RARA detectado, transcrito BCR1 e presença 92,7% de células mielóides imaturas. Portanto, foi iniciado tratamento com protocolo IC-APL. Devido a persistência da cefaleia, realizou-se análise de líquido, que confirmou infiltração no SNC com 89% de blastos. Então, optou-se por associar a TTI ao protocolo vigente. Apesar disso, a paciente foi refratária às medidas e apresentou pequenos focos de sangramento intracraniano, hipertensão intracraniana e hematoma subdural progressivo, levando à herniação das tonsilas cerebrais. Sendo assim, suspendeu-se a quimioterapia e foram instituídos cuidados paliativos. **Conclusão:** Este caso ilustra a gravidade da LPA de alto risco com infiltração do SNC ao diagnóstico. Embora o tratamento com ATRA e quimioterapia seja eficaz na maioria dos casos, a terapêutica para casos com envolvimento do SNC ainda não é bem estabelecida. Também não é claro se há benefício em realizar profilaxia para SNC. Há necessidade de mais estudos para que se possa estabelecer a melhor abordagem para esses quadros.

Referências:

Uruya A, Takeuchi J, Sakaida E, Sawa M, Kikuchi M, Tsurumi H, et al. Central nervous system involvement of acute promyelocytic leukemia: three case reports. Clin Case Rep. 2017 May;5(5):645-53. doi:10.1002/ccr3.892.

Sanz MA, Fenaux P, Tallman MS, Estey EH, Löwenberg B, Naoe T, et al. Management of acute promyelocytic leukemia: updated recommendations from an expert panel of the European LeukemiaNet. Blood. 2019 Apr 11;133(15):1630-43. doi:10.1182/blood-2019-01-894980.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104596>

ID - 3352

LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA DE ALTO RISCO COM INFILTRAÇÃO NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

LS dos Santos, J Zanella, G Steffenello, EA Beteille

Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: A Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) é uma variante da leucemia mielóide aguda que se caracteriza pela presença da translocação t(15;17) - gene de fusão PML-RARA. A LPA tem curso hiperagudo devido a sua coagulopatia, tendo como principais causas de morte antes do início do tratamento as hemorragias intracerebrais e/ou pulmonares. Na sua suspeita, a tretinoína (ATRA) deve ser iniciada imediatamente. Em pacientes de alto risco, a quimioterapia deve ser iniciada sem atraso. Com essas medidas, a LPA é um tipo de doença com altas taxas de cura. No entanto, quando há envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC), a erradicação dos promielócitos anormais é difícil. Os fatores associados ao acometimento do SNC