

2. Zhao H, et al. Clinical characteristics, treatment, and prognosis of 118 cases of myeloid sarcoma. *Sci Rep*. 2022;12:6752. doi:10.1038/s41598-022-10831-7.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104657>

ID - 2077

SECONDARY ACUTE MYELOID LEUKEMIA FOLLOWING MYELOPROLIFERATIVE NEOPLASM: A CASE REPORT

JSV Campelo^a, CCMX Albuquerque^a, LNM Passos^a, NA Fraiji^a, R Ramasawmy^b, SRL Albuquerque^{a,b}, VBL Lobato^c, MS Gonçalves^d, JPM Neto^{a,b,e}

^a Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Hematologia, Universidade do Estado do Amazonas (PPGH-UEA), Manaus, Brazil

^b Pós-Graduação em Imunologia Básica e Aplicada (PPGIBA), Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, Brazil

^c Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (PPGCF), Manaus, Brazil

^d Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Salvador, BA, Brasil

^e Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (PPGCF), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Governador Valadares, Brazil

Introduction: Polycythemia Vera (PV) is a myeloproliferative neoplasm (MPN) characterized by clonal proliferation of hematopoietic stem cells, which may progress to secondary acute myeloid leukemia (sAML). This study aimed to report the case of a patient diagnosed with PV in 2014, who progressed to sAML in 2024. This study will emphasize clinical presentation, laboratory findings, and disease course through a retrospective review of electronic medical records. **Case report:** On September 18, 2014, a 52-year-old male patient with a medical history of hypertension was admitted for preliminary examination. The patient reported symptoms of dizziness and generalized paresthesia. The laboratory data yielded the following findings: RBC: 9,55 million/mm³; Hemoglobin (Hb): 19.3 g/dL; hematocrit (Hct): 64.7%; white blood cells (WBC): 19600/mm³ and platelets: 636000/mm³. BM histopathology revealed marked hypercellularity of the erythroid lineage with mild maturation arrest. The granulocytic series exhibited preserved cellularity and maturation. Genetic testing confirmed the presence of the rs77375493 (Val617Phe) variant, supporting the diagnosis of PV according to the WHO criteria. The patient underwent therapeutic phlebotomy, resulting in symptomatic improvement, and initiated on oral hydroxyurea at a dose of two tablets per day, with subsequent clinical improvement. Laboratory data demonstrated the following: (RBC: 5,9 million/mm³; Hb: 15.9 g/dL; Hct: 48.4%, WBC: 9940/mm³ and platelets: 385000/mm³). The patient continued therapy with hydroxyurea. In October 2024, the patient presented with severe asthenia, fatigue, fever of 38°C, and splenomegaly. The laboratory data revealed: (Hb: 10,4 g/dL,

WBC: 8620/mm³, Blasts: 10% and platelets: 1007000/mm³). Subsequent bone marrow aspirator analysis employing the flow cytometry revealed a percentage of 20.8% blasts with the following immunophenotypes: The presence of positive markers, including CD117/CD13/CD14/HLA-DR and CD33. The AML panel exhibited a negative result for the following rearrangements: AML1-A/ETO t(8;21)/PML/RARA t(15;17)/CBFB-A/MYH11 (inv16)/BCR-ABL p210 t(9;22). Cytogenetic analysis revealed a normal karyotype in five metaphases, thereby confirming the diagnosis of sAML arising from a NPM. Treatment was initiated with two cycles of the 7+3 protocol (cytarabine + daunorubicin), but no response was observed. Consequently, a protocol for refractory disease protocol was initiated, comprising three cycles of FLAG-IDA (fludarabine, cytarabine and idarubicin). At the conclusion of the treatment regimen, laboratory revealed the following findings: Hb: 10,8 g/dL, platelets: 297000/mm³, WBC: 9890/mm³. Additionally, the BM examination revealed that it was in remission, with a blast percentage of 0.4%. The patient is clinically stable, with current complaints limited to orthopedic issues. **Conclusion:** Laboratory analysis is crucial for monitoring PV progression. In the early stages of PV, there is evidence of clonal proliferation of the erythroid, platelet, and leukocyte lineages. This distinguishing PV from AML, which presents anemia, neutrophilic leukocytosis, blasts, fever, and splenomegaly. It is important to note that thrombocytosis has been shown to increase the risk of thrombosis. Secondary AML is a serious complication with poor prognosis and treatment resistance, especially when associated with thrombocytosis. These factors highlight the necessity for rigorous clinical and laboratory surveillance to facilitate timely intervention.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104658>

ID - 836

SEGURANÇA E TOXICIDADE DA QUIMIOTERAPIA DE CONSOLIDAÇÃO COM CITARABINA AMBULATORIAL EM PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA E IMPACTO DA PROFILAXIA ANTIMICROBIANA

LM Moschem, AV Fernandes, FR Mendes, R Bandeira, EDRP Velloso, V Rocha, EM Rego, WF da Silva

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A terapia pós-remissão com citarabina em doses intermediárias ou altas (AraC) é essencial no tratamento da leucemia mieloide aguda (LMA) e normalmente administrada em regime hospitalar devido à alta mielotoxicidade. Em alguns centros, a infusão ambulatorial tem sido adotada por limitações de recursos, mas há poucos dados que validem sua segurança. No Brasil, com escassez de leitos, o tratamento ambulatorial é desejável, e a eficácia da profilaxia com quílonas neste contexto ainda é pouco clara. **Objetivos:** Avaliar, em pacientes com LMA submetidos a ciclos de consolidação

ambulatorial com AraC, o perfil de toxicidade hematológica, incidência de neutropenia febril (NF), necessidade de transfusões, uso de G-CSF, taxas de hospitalização, mortalidade precoce e o impacto da profilaxia com quinolonas na NF.

Material e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico, que incluiu pacientes adultos com LMA diagnosticados entre 2011 e 2024 que receberam pelo menos um ciclo ambulatorial de AraC em primeira remissão completa. Para avaliar a associação entre as covariáveis basais e a ocorrência de neutropenia febril (NF) ou internação em múltiplos pontos de tratamento, realizamos equações de estimação generalizadas (GEE) univariadas utilizando modelo de regressão logística. Reportados os odds ratios (ORs) com intervalos de confiança (IC) de 95% e respectivos valores de p. Análise de sobrevida foi realizada por Kaplan-Meier e recaída por desfecho competitivo. **Resultados:** Do total de 320 pacientes, 97 foram incluídos na análise. Destes, 57,5% eram do sexo masculino; idade mediana de 50 anos (17-70) e 70% apresentavam ECOG 0-1. Pela estratificação adaptada de risco do ELN-2017, 40% dos pacientes eram risco favorável e 38,3% risco intermediário. Foram avaliados 340 ciclos de citarabina em regime ambulatorial, com média de dose do AraC de 1961 mg/m² e total por ciclo de 11376 mg/m². Transfusões de concentrados de hemácias e plaquetas ocorreram em 68,2% e 91,7% dos ciclos, respectivamente. O uso médio de G-CSF foi de 8,3 ampolas por ciclo. NF foi observada em 32% dos ciclos, sendo 25,7% classificados como grau 4. A taxa de hospitalização por ciclo foi de 19,3%. Somente 3 casos fatais de toxicidade foram registrados – 1 após o ciclo 3 e 2 após o ciclo 4. A antibioticoprofilaxia com levofloxacino foi realizada em 53% dos ciclos e esteve associada a menor incidência de NF (OR 0,36; IC95%: 0,21-0,59; p < 0,001). Não houve associação com menor taxa de hospitalização (OR 0,62; IC95%: 0,34-1,13; p = 0,12). Análise univariada para ocorrência de NF demonstrou associação com idade (OR 1,02, p = 0,024) e índice de comorbidades (OR 1,45, p = 0,035). O transplante alogênico de medula óssea (aloTMO) foi realizado em 20,6% dos pacientes, com mediana de 5,4 meses entre o primeiro ciclo de citarabina e o procedimento. A sobrevida global e livre de doença em 5 anos para os pacientes desta coorte foi de 29,9% (IC95% 21,5-41,7) e 28% (IC95% 20-39,4). A incidência cumulativa de recaída em 5 anos para estes pacientes foi de 49,6%, e de mortalidade não-recaída de 22,4%. **Discussão e conclusão:** A administração ambulatorial de AraC em doses intermediárias-altas para LMA é viável, segura e bem tolerada, mesmo em cenários com restrição de recursos, apresentando taxas de internação e eventos adversos compatíveis com a literatura. O uso de profilaxia com quinolonas reduz a incidência de neutropenia febril, sugerindo benefício na prevenção de complicações infecciosas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104659>

ID - 1668

SÍNDROME CEREBELAR APÓS USO DE CITARABINA EM ALTAS DOSES - RELATO DE CASO

ITdA Sussuarana, A Penna, LP Miranda, SHFkT Rocha, TB Modesto

Casa de Saúde Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Leucemia mieloide aguda é uma neoplasia heterogênea, caracterizada pela proliferação clonal de precursores mieloides jovens na medula óssea, e eventualmente no sangue periférico e em outros tecidos. O tratamento da LMA associa quimioterapia, imunoterapia, terapia alvo e em alguns casos TCTH. O tratamento padrão de indução caracteriza-se pela combinação da antraciclina e citarabina, em esquema de 7+3. Antineoplásico antimetabólito, a citarabina é a utilizada sobretudo no tratamento de primeira linha de leucemias mieloides agudas e em tratamento de linfomas refratários. Segundo Sainz (2016), doses acima de 48 g/m² podem desencadear ataxia cerebelar. Eventos que ocorrem com doses < 15 g/m², são raros. A neurotoxicidade está associada à dose do quimioterápico, e, além disso, sua excreção ocorre pela via urinária- logo, a disfunção renal e a idade podem aumentar o risco de desenvolvimento da síndrome mesmo em uso de dose convencionais. A síndrome cerebelar caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas relacionados à disfunção ou lesão do cerebelo ou das suas conexões. Clinicamente manifesta-se de acordo com a extensão e local do acometimento; mais comumente desenvolve-se ataxia (incoordenação de movimentos), dismetria (prejuízo na mensuração da amplitude dos movimentos) nistagmo (movimentos involuntários em globo ocular) e disartria (alteração na fala). **Descrição do Caso:** Mulher, branca, 50 anos, católica, dona de casa, natural de Catarina - CE, procedente de São Paulo, sem comorbidades prévias, diagnosticada em 11/2024 com síndrome mielodisplásica, é admitida em sala de emergência por quadro de dor torácica associado à emese. Diagnosticada com choque séptico de foco à esclarecer e curva de troponina positiva por infarto agudo do miocárdio tipo II. Durante tratamento de choque distributivo, evolui com blastos no sangue periférico. Estudo medular compatível com Leucemia Mieloide Aguda - IMF 52,3% KT 92XXXX[5]/46XX[15] - alto risco. Indução realizada com altas doses de citarabina - sem realização de antraciclina pelo contexto de cardiomiopatia. Paciente evolui com Síndrome atáxica cerebelar (disartria e instabilidade axial) 72h após término da indução com HD AraC (3g 12/12h durante 3 dias). Ao exame neurológico paciente apresentava disartria e dismetria, a ressonância Magnética não identificou hemorragia intraparenquimatosa aguda/subaguda, coleções líquidas extra axiais, desvio das estruturas da linha média ou apagamento das cisternas da base. Genário de alta suspeição para neurotoxicidade pela citarabina em alta dose, uma vez que paciente apresentou reversão de sintomas. Em concomitância, desenvolveu lesões cutâneas urticariformes difusas pelo corpo, com posterior descamação (medicamentoso?). Paciente evoluiu com remissão morfológica de doença de base - DRM negativa, FLT3 e NPM1 negativos, cariótipo 46XX [20]. Encaminhada para transplante de medula óssea haplo, não mieloablativo para terapia de consolidação. **Conclusão:** Apesar de raro, neurotoxicidade associada ao uso da citarabina em doses abaixo de 15 g/m² foram descritas. Faz-se preciso reconhecer e identificar possíveis efeitos colaterais dos quimioterápicos a fim de plano terapêutico adequado, seja para garantir acesso a tecnologia dura, assistência