

associando-se a quadros mais graves, maior necessidade de suporte intensivo e aumento do risco de mortalidade. A aplicação sistemática da escala EVAT demonstrou ser eficaz na detecção rápida de sinais de instabilidade, possibilitando intervenções oportunas, como a transferência precoce para a UTI, e contribuindo para a ausência de eventos críticos em enfermaria, como paradas cardiorrespiratórias. Além de fortalecer a segurança assistencial, sua implementação organizou o processo de vigilância clínica mesmo em cenários com recursos limitados. A alta incidência de infecções graves e coinfeções entre pacientes neutropênicos reforça a vulnerabilidade desse grupo e a importância de monitoramento contínuo. Nesse contexto, a aplicação da escala EVAT se consolida como uma estratégia viável, segura e com impacto clínico relevante no cuidado de crianças com neoplasias, especialmente aquelas com leucemias agudas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105132>

ID – 1239

RELAÇÃO ENTRE DOENÇA RESIDUAL MÍNIMA E DESFECHO CLÍNICO EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM LEUCEMIAS AGUDAS

MEFd Santos^a, LL Soares^a, JVTd Souza^a, CGS Pereira^a, RV Borba^a, MdJ Oliveira^a, Apd Paixão^a, RQdS Póvoas^b, CCd Guarda^a, MM Aleluia^a

^a Universidade Estadual Santa Cruz (UESC), BA, Brasil, Ilhéus, BA, Brasil

^b Serviço de Onco-hematologia da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, Itabuna, BA, Brasil

Introdução: A Doença Residual Mínima (DRM) é reconhecida como um dos principais fatores prognósticos em leucemias agudas, sendo utilizada como marcador de resposta precoce à quimioterapia e de risco de recaída. Fatores clínicos como idade ao diagnóstico, contagem de leucócitos, tempo entre sintomas e diagnóstico também têm sido associados à evolução clínica. **Objetivos:** Avaliar a relação entre níveis de DRM no 19º dia de tratamento (D19) e o desfecho clínico (vivo ou óbito) em pacientes pediátricos com leucemias agudas, e também idade, contagem de leucócitos e tempo até o diagnóstico. **Material e métodos:** Estudo transversal descritivo, a partir da análise de prontuários de pacientes diagnosticados com Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), Leucemia Mieloide Aguda (LMA) e Leucemia Linfoblástica de Linhagem T (LLAT). Foram coletados variáveis clínicas, como idade ao diagnóstico, contagem de leucócitos, tempo entre sintomas e diagnóstico e DRM no D19. As variáveis foram avaliadas conforme o desfecho (vivo ou óbito). As análises estatísticas foram realizadas no programa JAMOV, versão 2.4, sendo valor de $p < 0,005$ considerados significativos. Este estudo foi devidamente aprovado pelo comitê de ética e pesquisa em humanos (CAAE: 47456221.0.0000.5526). **Resultados:** A amostra incluiu 13 pacientes (10 vivos, 3 óbitos). A mediana do tempo entre sintomas e diagnóstico foi de 30 dias no grupo vivo e 15 dias no grupo óbito. A idade ao diagnóstico apresentou mediana de 7,5 anos entre vivos e 3 anos entre os óbitos.

A contagem de leucócitos foi substancialmente mais elevada no grupo óbito (mediana de 68.200 μ L) em comparação aos vivos (5.800 μ L). Em relação à DRM D19, o grupo óbito apresentou mediana de 0,170%, enquanto o grupo vivo apresentou 0,0076%. Apesar do número reduzido de casos no grupo óbito (especialmente para DRM, $n=2$), observou-se padrão consistente com pior prognóstico. **Discussão e conclusão:** A hiperleucocitose e a DRM persistentemente elevada no início do tratamento são conhecidas por sua associação com maior risco de falha terapêutica e recaída. A idade precoce também pode refletir subtipos de maior agressividade biológica. O tempo mais curto entre sintomas e diagnóstico nos casos fatais pode indicar doença mais aguda ou de rápida progressão. Estes achados, mesmo em uma amostra reduzida, reforçam a importância da estratificação de risco precoce em leucemias agudas corroborando dados da literatura. Observou-se tendência de associação entre maiores níveis de DRM e pior desfecho clínico, bem como entre outros fatores de risco (idade precoce, leucocitose elevada). Apesar da limitação amostral, os dados destacam a importância da avaliação precoce da DRM e de marcadores clínicos no prognóstico de pacientes com leucemias agudas.

Referências:

1. Hunger SP, Mullighan CG. Acute Lymphoblastic Leukemia in Children. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(16):1541-52.
2. Döhner H, et al. Diagnosis and management of AML in adults: 2017 ELN recommendations from an international expert panel. *Blood*. 2017;129(4):424-47.
3. Pui CH, et al. Clinical significance of minimal residual disease in childhood acute lymphoblastic leukemia and its relationship to other prognostic factors: a Children's Oncology Group study. *Blood*. 2005;105(7):2527-35.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105133>

ID – 1782

RELATO DE CASO DE RECIDIVA EM LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA E SUAS COMPLEXIDADES BIOLÓGICAS

CGS Pereira^a, JVT de Souza^a, MEF dos Santos^a, LL Soares^a, MdJ Oliveira^a, RV Borba^a, AP da Paixão^a, RQdS Póvoas^b, CC da Guarda^a, MM Aleluia^a

^a Universidade Estadual Santa Cruz (UESC), BA, Brasil, Ilhéus, BA, Brasil

^b Serviço de Onco-hematologia da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, Itabuna, BA, Brasil

Introdução: A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é caracterizada pela infiltração da medula óssea e acúmulo de linfoblastos no fígado, baço e linfonodos. A recidiva desta doença ocorre quando as células leucêmicas voltam a manifestar-se posteriormente a um período de remissão. **Descrição do caso:** Este trabalho origina de um estudo maior aprovado pelo CEP (CAAE: 47456221.0.0000.5526). D.F.S., 7-anos, pardo, 25,5 kg,

encaminhado para o setor de Onco-hematologia pediátrica da Santa Casa da Misericórdia de Itabuna em 23/08/2021. Foi admitido no hospital com queixa principal de diarreia e febre frequente por quase 1 mês. O paciente apresentou quadro diarreico com evolução de 30 dias, com fezes líquidas, amareladas, sem muco ou sangue e relata episódios de eliminação de parasitas nas fezes, com frequência de 1 a 2 vezes ao dia. Apresentou falta de apetite e vômitos recorrentes; há três dias, houve eliminação de parasito em episódio isolado de vômito, desconforto ao urinar e palidez notada pela mãe há 15 dias. Foi medicado com antiparasitários (provavelmente albendazol) e antibiótico não especificado. Havia recebido transfusão sanguínea em hospital anterior (Iguai), e devido a piora dos sintomas, foi encaminhado para unidade de referência. O diagnóstico de LLA foi confirmado em 22/09/2022, por biópsia de medula óssea associada à imunofenotipagem com perfil aberrante e foi evidenciado o subtipo B. Exame de líquido inicial evidenciou 36,5 células (interpretação como acidente de punção); novo líquido em 21/09/2021 mostrou-se normal. Imuno-histoquímica não evidenciou excesso de blastos. A resposta inicial ao tratamento mostrou Doença Residual Mínima (DRM) negativa nos dias 19 e 22. O paciente foi classificado como risco intermediário, uma vez que havia feito uso prévio de corticoide antes do diagnóstico. Houve atraso na administração de metotrexato e ausência de PEG-asparaginase por indisponibilidade na instituição. Apresentou efeitos colaterais ao tratamento, como lesão cutânea em local do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), hematúria microscópica com poliúria e febre sem neutropenia. Evoluiu também com infecções das vias aéreas superiores e escabiose. Em 28/02/2024, o quadro clínico permaneceu constante e a DRM da semana 52 seguia negativa, mas o paciente apresentou quadro de parasitose. No retorno em 25/02/2025 foi evidenciada recidiva medular (97% de infiltração blástica) e testicular, sendo iniciado o protocolo St. Jude R15. Apesar da reintrodução do protocolo terapêutico específico para pacientes com LLA, o paciente evoluiu com piora clínica progressiva e faleceu em 17/04/2025. A recidiva na LLA é um grande desafio terapêutico, especialmente com infiltração testicular, onde a quimioterapia tem menor eficácia. No caso apresentado, fatores como início tardio do tratamento, falta de medicamentos essenciais, infecções e parasitoses contribuíram para o desfecho desfavorável. A DRM negativa ao longo do tratamento reforça a imprevisibilidade da recidiva e a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema. **Conclusão:** Este caso evidencia os desafios do tratamento da LLA pediátrica, particularmente em regiões com limitações estruturais e dificuldade de acesso a medicamentos. Apesar da DRM negativa, fatores como infiltração testicular, infecções e comorbidades parasitárias contribuíram para a evolução desfavorável.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105134>

ID – 1772

RELATO DE CASO DE UM PACIENTE COM RECAÍDA EM LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA: UM DESAFIO CLÍNICO

CGS Pereira^a, JVT de Souza^a, MEF dos Santos^a, LL Soares^a, MdJ Oliveira^a, RV Borba^a, AP da Paixão^a, RQdS Póvoas^b, CC da Guarda^a, MM Aleluia^a

^a Universidade Estadual Santa Cruz (UESC), BA, Brasil, Ilhéus, BA, Brasil

^b Serviço de Onco-hematologia da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, Itabuna, BA, Brasil

Introdução: A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) é um tipo de câncer hematológico, ocasionado pela proliferação de células anormais na medula óssea. A recidiva da doença ocorre quando as células leucêmicas desenvolvem resistência aos medicamentos utilizados e reaparecem na medula óssea ou em outras partes do corpo. **Descrição do caso:** Este trabalho origina de um estudo maior aprovado pelo CEP (CAAE: 47456221.0.0000.5526). D.M.S., 7 anos, pardo, 19,3 kg, encaminhado para o setor de Onco-hematologia pediátrica da Santa Casa da Misericórdia de Itabuna em 24/08/2022. Relatou dor generalizada em todo o corpo há cerca de 11 dias, associado a episódios de diarreia. Ao exame físico, apresentava fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito, sem esplenomegalia. Exames laboratoriais iniciais mostraram: hemoglobina 6,3 g/dL; leucócitos 3.500 mm³ (neutrófilos 33%) e plaquetas 127.000 mm³. Mielograma realizado em 25/08/2022 evidenciou quadro compatível com LLA, confirmando o diagnóstico. O tratamento foi iniciado em 26/08/2022. Durante a fase de consolidação, em dezembro de 2022, houve desabastecimento de 6-mercaptopurina (Purinethol®). A medula óssea no Dia 35 (D35) mostrou hipocelularidade sem blastos, e nova avaliação em 27/10/2022 confirmou ausência de doença residual. A biologia molecular identificou ganho do braço PAR1 e a farmacocinética mostrou perfil de metabolizador normal. Em 10/03/2023, após administração de PEG-asparaginase, o paciente desenvolveu reação anafilática moderada. Em 11/07/2023, novo mielograma demonstrou ausência de infiltração blástica. No entanto, em 13/03/2024, o exame de Doença Residual Mínima (DRM) detectou positividade de 0,052%, sendo mantida a quimioterapia de manutenção. O paciente evoluiu com neutropenia febril em 09/09/2024, sendo internado. Em 16/09/2024, mielograma com imunofenotipagem confirmou recidiva medular. Iniciou-se protocolo de resgate R15 em 19/09/2024. Durante o tratamento, o paciente apresentou icterícia em 10/10/2024 e, em 14/10/2024, evoluiu com quadro de choque séptico. No dia 21/10/2024, a bilirrubina total encontrava-se em 23,3 mg/dL. Em 22/10/2024, houve piora clínica com insuficiência respiratória, sendo instituída ventilação mecânica. O óbito ocorreu em 23/10/