

117 mil/mm³. Caso 2. MCFM, 68a, em tratamento para Artrite Reumatoide (AR) há 2 anos e evoluindo com neutropenia e linfocitose. HG: HB: 13,6 g/dL, Leu: 9.800 mm³ (N: 196/Ly: 9016) e Pla: 189 mil/mm³. Caso 3. RAM, 55a. HG: Hb: 14,1 g/dL, Leuc: 2570 (N: 1010/Ly: 1280) e Pla: 174 mil/mm³. As três pacientes negaram infecções de repetição e, ao exame físico, não apresentaram visceromegalias ou adenomegalias palpáveis. A morfologia evidenciou presença de frequentes linfócitos com grânulos azurófilos no citoplasma nos 3 casos, sendo muito numerosos no caso 2. A imunofenotipagem por citometria de fluxo evidenciou nos 3 casos a presença de linfócitos-T Large Granular anômalos. Os casos 1 e 3 apresentaram, respectivamente, 9,7% e 12,1% de linfócitos T com o fenótipo CD3+/CD8+/CD57+/TCRδ+. O caso 2 apresentou 2 subpopulações de linfócitos T anômalos: 24,4% com fenótipo CD3+/CD8+/CD57+/TCRδ+ e 45,5% CD3+/CD4-/CD8-/CD57+/TCRδ+. Os 3 casos foram positivos para CD2, CD7 (com intensidade de expressão diminuída), perforina e granzima. O CD56 foi detectado apenas no caso 3, assim como o CD5 e, este, com diminuição de intensidade de expressão antigênica. A pesquisa de Clonalidade T foi realizada apenas no caso 3 e foi positiva. Os três casos então foram classificados com Leucemia Linfocítica de Células-T Large Granular TCRδ+ (OMS-2016). **Discussão:** A LGLL representa 2% a 3% das doenças linfoproliferativas crônicas (DLPC) e está frequentemente associada à patologias auto-imunes (AR - 25%) e doenças hematológicas (DLPC B, linfoma de Hodgkin, Gamopatia Monoclonal de Significado Incerto, Mieloma Múltiplo e Síndrome Mielodisplásica). As células na LGLL preservam o fenótipo e propriedades funcionais de células efetoras citotóxicas. A maioria dos casos é CD8+/CD16+/CD57+/TCRαβ+ (95% dos casos). A LGLL TCRδ+ é rara e, na maioria dos casos, é CD8+. O fenótipo CD4-/CD8- é ainda mais raro e não há muitos casos descritos na literatura. Alguns estudos mostram que este tipo de LGLL incide em indivíduos mais idosos e costuma manifestar-se com neutropenia (71%), anemia (57%) e esplenomegalia (18%). Está associada a distúrbios auto-imunes mais frequentemente que as TCRδ CD8+ e, até mesmo, que as TCRαβ+. O diagnóstico diferencial com Linfoma T Hepatoesplênico δ pode ser muito desafiador pois há características de ambos que se sobrepõem, principalmente o imunofenótipo, sendo necessária a análise dos dados clínicos, morfológicos e genéticos na diferenciação destas duas patologias. As LGLL-TCRδ+ costumam ter evolução indolente, apesar de 50%-75% dos casos precisarem de tratamento específico. **Conclusão:** A LGLL, apesar de ser uma patologia rara, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de neutropenias a esclarecer e a imunofenotipagem tem papel fundamental no diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.751>

750

REMISSÃO ESPONTÂNEA EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA – RELATO DE CASO



P.P.D.S.T. Soares^a, A.C.C.V. Soares^a, F.V.R. Maciel^a, R. Melaragno^b, F.G. Benicá^b, C.E.R. Fernandes^b

^a Citometria de Fluxo DASA, Brasil

^b Instituto Hemoméd de Oncologia e Hematologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Remissão de Leucemia Mieloide Aguda (LMA), seja completa ou parcial, sem quimioterapia é um evento raro e normalmente de curta duração. Acredita-se que eventos como infecção e transfusão sanguínea estejam relacionados por provocarem uma ativação imune que teria efeito anti-leucêmico. Apesar disso, o mecanismo exato desse fenômeno ainda não está totalmente esclarecido. **Relato de caso:** Criança de 2 anos, sexo masculino, iniciou quadro de febre, tosse, coriza e obstrução nasal em 09/09/2019. Em 12/09/19, iniciou tratamento com Azitromicina. Retornou ao PS em 14/09/19 com piora dos sintomas quando colheu hemograma que evidenciou anemia (Hb 6,6), leucopenia (3.410 leucócitos) e 16% de células blásticas. Internado, recebeu transfusão de concentrado de hemácias irradiado e deleucotizado e iniciou antibioticoterapia com Cefepime. Após 3 dias, com persistência da febre e parâmetros de sepse, foi associada Vancomicina. Entre o 7° e 8° dia de internação, retornou com picos febris diários, assintomático. Submetido ao estudo da medula óssea em 18/09/19 que evidenciou no mielograma 61% de blastos, com expressão de marcadores mielomonocíticos na imunofenotipagem e expressão anômala de CD56. Exames da medula óssea repetidos em 24/09/19, confirmaram a presença dos blastos, porém em menor porcentagem (13,5% no mielograma e 2,7% na imunofenotipagem), e cariótipo complexo. Foi optado por manter apenas tratamento de suporte e coletar mielograma e imunofenotipagem, complementados com biópsia, em 07/10/19, que não mais evidenciaram a presença de blastos. Paciente evoluiu com normalização gradual do hemograma. Permaneceu em acompanhamento ambulatorial por 5 meses, quando iniciou com anemia (Hb 9,3) neutropenia (72 mm³), aumento de volume testicular bilateral, e ptose palpebral. Internado no Hospital da Luz Vila Mariana em 31/03/2020 apresentando hipertrofia de tonsilas palatinas, hiperemia em orofaringe e sem outros sinais infecciosos identificados. Submetido a coleta de exames de medula óssea que evidenciaram presença de 9,3% de células monocíticas imaturas, cariótipo complexo semelhante ao exame anterior, biópsia testicular e imunofenotipagem de líquido com infiltração por células monocíticas imaturas. Confirmada recaída combinada medular, testicular e SNC, foi iniciado tratamento com Protocolo BFM 2004 alto-risco em 15/04/2020. Atualmente, encontra-se no D15 com DRM negativa, em programação de transplante de medula óssea alogênico após avaliação de centro transplantador. **Discussão/conclusão:** Casos de remissão espontânea de LMA já foram descritos na literatura e têm sido relacionados a estimulação imune provocada por quadros infecciosos e

transfusões de sangue, principalmente com concentrados de hemácias não-irradiadas. Apesar disso, casos não relacionados a infecção e/ou transfusão também foram reconhecidos. Em nosso relato, a criança apresentou quadro séptico e recebeu transfusão de hemácias irradiadas e deleucotizadas, evoluindo com remissão completa e espontânea da LMA com componente monocítico. Após quase 6 meses, apresentou reaparecimento da doença de forma agressiva. Portanto, novos estudos são necessários para avaliar se terapia precoce deve ser iniciada nessas situações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.752>

751

TROCA DE LINHAGEM EM LEUCEMIA COM REARRANJO KMT2A – RELATO DE CASO



P.P.D.S.T. Soares^a, A.C.C.V. Soares^a, F.V.R. Maciel^a, R. Melaragno^b, F.G. Benicá^b, C.E.R. Fernandes^b

^a Citometria de Fluxo DASA, Brasil

^b Instituto Hemomed de Oncologia e Hematologia, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Translocações que envolvem o gene 11q23 (MLL – Mixed Lineage Leukemia, atualmente KMT2A) podem ser encontradas em até 70% das Leucemias Linfoblásticas Agudas B (LLA-B) da infância. Em adultos, essas alterações são mais encontradas em pacientes com Leucemia Mieloide Aguda (LMA). Essas translocações incluem t(4;11), t(9;11), t(11;19) entre outras. A mudança de linhagem das células leucêmicas é muito rara, tanto em adultos quanto em crianças, e a literatura evidencia má-resposta a terapia e comportamento agressivo dessas doenças. **Relato de caso:** Lactente 2 meses, sexo masculino, com surgimento de tumefação cística em face lateral de coxa direita e nódulo em região inguinal direita, compatíveis com cloroma. Sem outros sintomas clínicos. O hemograma evidenciava anemia e leucocitose às custas de 91% de blastos. Diagnóstico de LLA-B em 21/10/19, com blastos que expressavam marcadores de linhagem B (CD19, CD22 e CD79a) e expressões anômalas de CD7 e CD15, em imunofenotipagem de sangue periférico. Cariótipo com translocação entre os braços longos do cromossomo 4 e 11. Iniciou tratamento conforme Protocolo BFM 2009 – alto risco em 23/10/19 (apresentou resposta ruim ao corticoide no D8). Na avaliação de Doença Residual Mínima (DRM) no D15, ainda apresentava 11,2% de blastos e cariótipo alterado. A seguir, na reavaliação do D33, DRM positiva com 0,07% associada ao cariótipo alterado. Em 18/02/2020 (D78), houve recidiva da doença com 22,5% de blastos na imunofenotipagem de medula óssea, com imunofenótipo semelhante ao do diagnóstico. A seguir, houve aumento progressivo da quantidade de blastos nas imunofenotipagens de 12/05 e 05/06/2020, com ganho de expressão dos marcadores mielóides CD13 e CD33. Modificação do tratamento para Protocolo Saint Jude R17 Alto-risco, e nova reavaliação de DRM em 19/06/19, após realização do Bloco A, com 7,65% de blastos linfóides B semelhantes ao diagnóstico e cariótipo evidenciando a mesma translocação entre os braços longos dos cromossomos 4 e 11. Iniciado o Bloco B, e na avaliação seguinte, a

imunofenotipagem de medula óssea apresentava 89% de blastos com expressão de marcadores mielomonocíticos (CD13, CD14, CD15, CD33, CD36, CD64, CD117) e expressões anômalas de CD19 e CD56, evidenciando a troca de linhagem da leucemia aguda para Leucemia Mieloide Aguda com Componente Monocítico. Morfologia dos blastos compatível com células monocíticas. Atualmente, paciente em tratamento de resgate com Citarabina e Cladribina, em programação de transplante alogênico de medula óssea. **Discussão/conclusão:** Leucemias Agudas com alterações do gene MLL formam um grupo a parte em relação a agressividade clínica e prognóstico. O significado das translocações que envolvem esse gene nas leucemias com mudança de linhagem não é totalmente reconhecido. Acredita-se que possa haver seleção de subclone ou até mesmo alterações epigenéticas induzidas pela quimioterapia. Portanto, novos estudos ainda serão necessários para o esclarecimento do verdadeiro papel do gene MLL nesse grupo de leucemias, conduzindo a novas propostas terapêuticas alvo-específicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.753>

MULTIDISCIPLINAR

CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

ANÁLISE DA ADMINISTRAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI-D EM GESTANTES RHD NEGATIVAS



A.H.N. Beserra

Instituto Nacional da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ

Introdução: A aloimunização é descrita como a produção de anticorpos a partir de antígenos não próprios àquele indivíduo. A aloimunização materna pelo anticorpo Rhesus D (RhD) é um processo evitável, através da administração da imunoglobulina anti-RhD em gestantes com RhD negativo em dose e momento adequados. A mãe aloimunizada é totalmente assintomática, porém, em recém-nascidos (RNs), essa situação pode ocasionar a Doença Hemolítica Perinatal (DHPN), que é causada pela destruição de antígenos fetais/neonatais pelos anticorpos maternos devido à aloimunização. Para ser aloimunizada, a gestante deve ser RhD negativa e entrar em contato com hemácias RhD positivo do feto. Trabalhos anteriores mostram que houve nos últimos anos um aumento da informação desse assunto tanto para os profissionais de saúde a partir de capacitação e educação continuada tanto para a população envolvida, ou seja, as gestantes RHD negativas. **Objetivo:** O presente estudo teve como finalidade analisar o número de imunoglobulinas administradas em gestantes RHD negativas e não aloimunizadas. Tal observação e análise é de suma importância uma vez que esse agravo não tenha números expressivos percentualmente na população de risco, gera custos e danos relacionados a mortes fetais, complicações neonatais e lesões neurológicas permanentes, portanto sua prevenção é imprescindível, assim como observar as taxas de administração do imunoprolifático. **Material e métodos:** Foram coletadas, retrospectivamente e de forma transversal, informações doc-