



pacientes e sua concomitância com outras neoplasias é rara, porém descrita na literatura. **Objetivos:** Descrever o quadro clínico de duas neoplasias em um paciente. **Materiais e método:** Após consentimento da paciente, foi realizada busca na literatura vigente e coletado os dados clínicos e laboratoriais do prontuário para elaboração do relato de caso. **Relato de caso:** Sexo feminino, 63a, com astenia, perda de peso e anorexia há 2m. Estava hipocorada, edema de mmii, esplenomegalia, xerodermia e linfonodos retroauriculares bilaterais e submandibular papáveis. Exames de diagnóstico: hemograma com hemoglobina de 8,6 g/dL, leucócitos 160.000/mm³ com 40% de segmentados, plaquetose 530.000/mm³ e DHL elevada; ultrassonografia com hepatoesplenomegalia; mielograma com eritropoiese relativamente hipoplásica e normoblástica, com 6% de celularidade; granulopoiese hiperclerular com 20% de mieloblastos, 52% de granulócitos neutrófilos sequenciados e hipogranulócitos, 2% de eosinófilos e 16% de basófilos; hiperplasia megacariocítica com plaquetogênese preservada; linfócitos 2%; monócitos 2%; imunofenotipagem de blastos de linhagem mielóide com presença de antígeno aberrante CD7+. Iniciado tratamento quimioterápico de indução com citarabina (AraC) por 5 dias e doxorrubicina por 2 dias. A pesquisa molecular de transcritos BCR-ABL1 p210 foi positiva. Optou-se por trocar esquema de qt para azacitidina por 7 dias adicionado dasatinibe ao esquema. Pós alta hospitalar, a paciente apresentou hematêmese e hipotensão, com endoscopia digestiva alta com lago gástrico organizado e moderada quantidade de sangue vermelho vivo em corpo proximal do fórnix, presença de coágulo e de lesão elevada em fórnix com sangramento ativo, foi então realizado procedimento de laparotomia exploratória e gastrectomia parcial: a tumoração era exofítica, estava localizada na grande curvatura do estômago, media aproximadamente 5 cm, havia pequena quantidade de líquido sero-hemático na cavidade e não havia carcinomatose perineal ou implantes hepáticos. O exame anatomopatológico revelou macroscopicamente que o tumor havia dimensões 4,8 x 4,2 cm, era irregular de coloração branco-acastanhado, com margem de ressecção de 0,6 cm. Na microscopia, foi observado subtipos fusocelular e epitelióide, necrose em cerca de 10% da lesão tumoral, baixo grau histológico, com índice mitótico de 2 mitoses/50CGA. Após a recuperação cirúrgica, foram retomados esquemas de tratamento quimioterápico e a paciente segue sem internamento, clinicamente estável. **Discussão:** Trata-se de quadro clínico de prognóstico reservado onde a agudização da LMC já possui gravidade e neste caso, houve concomitância de outra neoplasia, gástrica, demonstrando a raridade da associação. Nessas sincronias, muitas vezes não se conhece a origem genética, ou se pode aventar a LMC sendo uma manifestação paraneoplásica do câncer gástrico. Há relatos de sincronismo de leucemias com neoplasias de próstata, bem como retal, com desfechos catastróficos, resultando em óbitos dos pacientes. **Conclusão:** neste relato, pode-se avaliar a importância do hemograma inicial, fato este que orientou a solicitação do exame de BCR-ABL, bem como a importância em realizar o diagnóstico neoplásico de maneira acurada, a fim de não existir confusão diagnóstica, como nos casos de reações leucemoides.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.243>

RELATO DE CASO: MANIFESTAÇÃO EXTRAMEDULAR INCOMUM EM MIELOFIBROSE PRIMÁRIA – TUMOR HEMATOPOIÉTICO EXTRAMEDULAR ESCLEROSANTE EM MASSA ABDOMINAL

MCG Assis^{a,b}, LP Amâncio^b, EX Souto^a,
R Leitão^a, R Passos^a, L Perobelli^a

^a Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus
Zerbini - Hospital Brigadeiro, São Paulo, SP, Brasil

^b Universidade Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP, Brasil

O presente trabalho descreve um caso de mielofibrose primária com manifestação extramedular incomum, presença de tumor hematopoietico extramedular esclerosante em massas abdominais, os desafios diagnósticos e sua evolução clínica. A mielofibrose primária é uma neoplasia mieloproliferativa pela qual clones derivados de stem cells se multiplicam causando reação inflamatória na medula com recrutamento de fibroblastos, os quais sintetizam colágeno provocando fibrose medular. Esta patologia pode se apresentar de maneira assintomática ou se manifestar com esplenomegalia maciça, anemia, fadiga e perda ponderal. Em casos avançados, pode apresentar hematopoiese extramedular, evento que pode causar sintomas relacionados às estruturas próximas a seu local de ocorrência, como presente neste relato. Paciente do sexo feminino, 59 anos, apresentou quadro de trombose de veia porta e esplenomegalia. Associado apresentava leucocitose com desvio à esquerda, discreta anemia e plaquetopenia. Na investigação, a tomografia de abdômen mostrava esplenomegalia e formações sólidas na cavidade peritoneal sugestivas de lesões neoplásicas. Foi submetida a biópsia de massa abdominal: Tumor esclerosante hematopoietico extramedular. Biópsia de medula óssea confirmou mielofibrose primária. Feita as pesquisas mutacionais foi identificada MPL W515L. Jak 2, CALR, BCR/ABL negativas. Cariótipo normal. Para redução das massas abdominais realizou radioterapia. Para redução de esplenomegalia e sintomas constitucionais iniciou ruxolutinibe com melhora clínica evidente. Paciente possui doador HLA 100% compatível, porém durante exames pré-TMO evidenciado hipertensão pulmonar grave o que sugere tratar-se de mielofibrose pulmonar. Paciente no momento segue estável, com exames em andamento para confirmação de outra manifestação extramedular, também rara.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.244>

RELATO DE CASO: MIELOMA MÚLTIPLO EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA

ILA Silva, RDA Silva, LFDS Silva, PVMG Jatobá,
SRA Pimentel, JPAS Netto, MFA Mota,
MS Moura

Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió,
Maceió, AL, Brasil

Paciente LFPS, sexo masculino, 66 anos, com diagnóstico de Leucemia Mielóide Crônica (LMC) e início do tratamento com

