

intensidade, associada a parada na eliminação de flatos. Procurou pronto atendimento, realizada tomografia computadorizada de abdome que evidenciou massa abdominal provocando obstrução intestinal. Foi submetida a enterectomia e ressecção completa da massa. Negava sintomas B ou outras queixas. Na admissão, apresentava Hb 15,5 g/dL, leucócitos 9900/mm<sup>3</sup>, plaquetas 260 mil/mm<sup>3</sup>. A biópsia foi compatível com SM em intestino delgado. A imunohistoquímica demonstrava Bcl-2+, c-myc+, CD34+, CD45+, MPO+ e Ki-67 70%. A paciente foi submetida a avaliação de MO e não houve sinais de acometimento pela doença. O PET-CT, apontou dois nódulos hipercaptantes em ambas as mamas, que foram submetidas a biópsia por agulha grossa, com mesmo diagnóstico. A avaliação de sistema nervoso central por coleta de liquor resultou negativa. Foi então submetida a tratamento quimioterápico com esquema 3+7. Após recuperação medular realizou novo PET, que mostrou resposta completa (RC) das lesões extramedulares. Realizou consolidação com um ciclo de Ara-C em alta dose, manteve RC em novo PET e doença residual mensurável (DRM) negativa em avaliação medular. Com esta resposta, foi encaminhada ao transplante de medula óssea alogênico haploidêntico, recebendo como esquema condicionamento BUFLU com dose de bussulfano guiada por nível sérico para AUC 4500, de fonte periférica, com profilaxia de doença de enxerto contra o hospedeiro (DECH) com ciclofosfamida pós, MMF e tacrolimus. Na avaliação do D+30, a paciente encontra-se em RC com DRM negativa e quimerismo 100% do doador. **Discussão:** O SM é uma entidade rara, que pode ter uma taxa de erro diagnóstico de até 25-47% dos casos, sendo frequentemente confundida com distúrbios linfoproliferativos. Quanto ao prognóstico, a literatura é pobre. Não há estudos robustos que embasam as decisões de tratamento. Opta-se, de uma forma geral, pelos esquemas de tratamento utilizados na LMA, mesmo que ocorra ressecção completa da lesão extramedular, visto que a QT sistêmica demonstrou diminuição da progressão para LMA (71% Vs 41%; p = 0.001), aumentou sobrevida global, além de o tempo de progressão para LMA também ter sido maior no grupo tratado com QT sistêmica em comparação ao grupo tratado exclusivamente com RT ou cirurgia. Quanto a necessidade do transplante, também não há consenso, mas deve ser considerado nesse contexto. No caso descrito, foi indicado pois a paciente era jovem, com bom performance status, sem comorbidades que acrescentassem risco.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.302>

#### SARCOMA MIELOIDE NA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EM REMISSÃO: RELATO DE CASO

PMS Gomes, MO Ughini, BM Ribeiro, JWJ Júnior

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC),  
Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Tubarão, SC,  
Brasil

**Introdução:** O sarcoma mielóide tem incidência variável. Um caso de sarcoma mielóide (SM) em paciente com leucemia mielóide aguda (LMA) em tratamento com doença residual mínima (DRM) negativa será apresentado abaixo, já que

preocupa as equipes médicas e se torna desafiador. **Relato de caso:** Paciente feminina, 21 anos, previamente hígida, queixa de astenia e dor de garganta. Procurou atendimento com 2 dias de evolução, sendo afastada infecção por SARS-CoV-2 e liberada com antibióticos. Cinco dias após houve piora dos sintomas, com astenia e surgimento de linfonodomegalias cervicais. Retornou para atendimento e laboratoriais mostraram: Hb 8,2, Ht 25,2, VCM 93, Leucócitos 90.230, blastos 88%, neutrófilos 1%, eosinófilos 1%, linfócitos 10%, plaquetas 64.000. Internada, foi submetida a análise de medula óssea (MO) que evidenciou infiltração na totalidade por blastos; imunofenotipagem (IFT) indicou LMA com diferenciação monocítica; cariótipo com trissomia do 8. Após citorredução com hidroxiureia, foi submetida a indução com Ara-C e idarubicina (7+3), apresentando remissão morfológica em 14 dias. Seguiu esquema de consolidação com altas doses de citarabina, com DRM negativa antes do segundo ciclo. Às vésperas da terceira consolidação chega com inúmeras lesões nodulares violáceas. Biópsia da lesão gera imunohistoquímica (IHQ) compatível com sarcoma mielóide com os marcadores: mieloperoxidase, CD68 (KP1), CD33, CD34, CD4 e CD3 positivos e CD20 negativo. Com medula e sangue periférico (SP) negativos, optado por realizar mitoxantrona, etoposide e citarabina, levando a remissão da doença. **Discussão e conclusão:** De incidência não estabelecida, chegando até 30% de todos os casos de LMA, o SM, conforme a OMS, caracteriza-se pela massa tumoral extramedular formada por blastos mielóides com ou sem maturação. Mas incidente a partir das LMA com diferenciação monocítica, o prognóstico é incerto já que os estudos mostram de desfechos inferiores de sobrevida e tempo livre de doença até não haver mudanças entre as variáveis quando comparados com os desfechos da LMA. O SM possui uma variedade de apresentações: SM sem evidência de leucemia em SP ou MO, SM concomitante a LMA, SM associado a síndrome mielodisplásica, mieloproliferação ou leucemia mielóide crônica e SM com LMA em remissão. Sendo a pele o principal órgão acometido a migração das células blásticas ainda não é bem compreendida, mas se evidencia relação com a expressão de CD11b, CD56 e da proteína CXCR4 mais frequente nos blastos mielomonocíticos. O diagnóstico deve ser realizado através de biópsia da lesão seguido de IHQ que inclua os marcadores CD33, CD117, MPO, CD34, CD43, CD68 (KP1), CD3, geralmente positivos. Dessa forma pode-se realizar diagnóstico diferencial com outras lesões de pele, principalmente com neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas. No estadiamento se fazem importantes os exames de imagem, preferencialmente, PET-CT, e a análise da MO, já que esta última será o critério avaliado para realização do transplante de medula óssea. O tratamento varia de acordo com a concomitância com outras neoplasias hematológicas mas, de maneira geral, os protocolos que incluem Ara-C oferecem remissão completa das lesões de pele. Diante disso, ressalta-se a importância de realizar um bom diagnóstico de forma e conhecer a patologia de forma a tranquilizar a equipe médica em relação aos desfechos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.303>

