

esquerdo. Queixava-se de prurido difuso, perda ponderal de 20 kg, sudorese noturna e febre eventual. O exame físico mostrou conglomerado linfonodal bilateral medindo aproximadamente 10 cm, além de múltiplas pápulas e lesões de escoriação decorrente do prurido. Dois dias após a consulta, internou para realizar exames de imagem, laboratoriais e biópsia de linfonodo. Apresentava discreta anemia, leucócitos e plaquetas normais, LDH aumentada, função hepática e renal normais. A tomografia evidenciou linfonodomegalias mediastinais e cervicais bilaterais. A imunofenotipagem da biópsia de linfonodo mostrou 0,33% de células anormais de tamanho e complexidade muito altos, com forte expressão para os antígenos de membrana CD3, CD15, CD30, CD40, CD45, CD95 e fraca expressão de CD20. Relação de linfócitos CD4/CD8=6,6. A imunohistoquímica mostrou células atípicas com positividade para CD15, CD30, PAX5 (fraco), Ki67 (40%) e negatividade para EBV. Os resultados apresentaram quadro histológico e perfil imunofenotípico compatíveis com Linfoma de Hodgkin, subtipo esclerose nodular. Após a realização dos exames o paciente foi encaminhado para o serviço de hematologia, onde recebeu o diagnóstico e foi orientado sobre o prognóstico e importância do tratamento. Realizou exames complementares e de estadiamento; sorologias negativas (HIV, hepatite B e C, dentre outras); PET evidenciou linfonodos supra e infradiaphragmáticos compatível com neoplasia linfoproliferativa. Na sequência o paciente iniciou o primeiro ciclo de quimioterapia (protocolo ABVD). Retornou para consulta após 25 dias referindo melhora significativa e boa tolerância ao tratamento, sem sintomas B e demais queixas. Recebeu prescrição de dois novos ciclos de quimioterapia e segue em acompanhamento. **Conclusão:** A imunofenotipagem por citometria de fluxo é uma ferramenta importante que permite diagnóstico rápido e consistente no diagnóstico do Linfoma de Hodgkin. A associação da citometria de fluxo com a análise morfológica e a imunohistoquímica permitiu a conclusão do relato de caso em amostra de biópsia de linfonodo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.745>

ALTERAÇÃO DE LINHAGEM APÓS USO DE BLINATUMOMAB – LEUCEMIA/LINFOMA LINFOBLÁSTICO B PARA LEUCEMIA MONOCÍTICA AGUDA

Ld Olivo^{a,b}, BM Spindler^a, NA Marcondes^a, MS Vieira^{a,c}, FB Fernandes^a, M Moschen^d

^a Laboratório Zanol, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Universidade FEEVALE, Nova Hamburgo, RS, Brasil

^c Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

^d Instituto do Câncer do Hospital Pompéia (INCAN), Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: O rearranjo KMT2A envolve o gene 11q23 e engloba as translocações t(4;11), t(9;11) e t(11;19). Este rearranjo é identificado em leucemias agudas, mais comumente em casos de leucemia/linfoma linfoblástico aguda de linhagem B

(LLA B). A LLA B com rearranjo KMT2A tem expressão imunofenotípica do marcador linfóide B CD19, coexpressão dos marcadores mielóides CD15 e CD65 e ausência de expressão de CD10 e CD24. Em alguns casos, o rearranjo KMT2A também pode ser identificado em leucemias agudas de fenótipo misto. O evento raro de troca de linhagem compreende a mudança de linhagem linfóide em mielóide, ou vice-versa, e geralmente é descrito no momento da recaída ou após o início da terapia. Blinatumomab é um anticorpo monoclonal que recentemente tem sido usado no tratamento de alguns casos de LLA B recidivados ou refratários. Neste relato descrevemos um caso de LLA B recaída que apresentou troca de linhagem após tratamento com blinatumomab. **Relato de caso:** Paciente feminina, 55 anos, apresentando anemia, plaquetopenia e hiperleucocitose. Foi realizada avaliação da medula óssea. Na análise microscópica, foi identificada hipercelularidade e infiltração por blastos (74,0% do total de células) com citoplasma escasso. A análise de imunofenotipagem por citometria de fluxo (ICF) identificou 82,2% de blastos que expressavam citCD79a, nuTdT, CD58, CD19, CD34 parcial, CD45 fraco, CD123, CD38, CD81 e CD22, apresentavam coexpressão aberrante de CD65 e CD15; e não expressavam CD10 ou marcadores de linhagem mielomonocítica. Os exames foram compatíveis com LLA B com imunofenótipo sugestivo da presença de t(v;11q23.3) – rearranjo KMT2A. A avaliação cariotípica evidenciou presença de t(4;11). Posterior ao primeiro ciclo de quimioterapia foi identificada persistência da doença através de pesquisa doença residual mínima (DRM) positiva e a paciente apresentou recidiva da doença, sendo iniciado tratamento com blinatumomab. Alguns dias após o uso de blinatumomab, a paciente apresentou importantes anemia e plaquetopenia no hemograma. Em nova avaliação medular, foram identificados 81,0% de blastos expressando CD38, CD15 fraco, CD65 fraco, CD45, HLA-DR, CD4, CD33, CD56, CD11b heterogêneo, CD64 e cMPO, imunofenótipo compatível com leucemia monocítica aguda. Na avaliação morfológica, os blastos apresentavam citoplasma hipogranular, núcleo por vezes chanfrado e nucléolo evidente. O uso de blinatumomab foi suspenso e a paciente recebeu tratamento para leucemia mielóide aguda (LMA). Em reavaliação posterior, a paciente apresentou remissão da LMA e aumento de blastos com imunofenótipo idêntico ao identificado no diagnóstico inicial, compatível com clone de LLA B. **Conclusão:** Apesar da troca de linhagem ser considerado um fenômeno raro, há relatos recentes na literatura de pacientes diagnosticados com LLA B com rearranjo KMT2A e que apresentaram troca de linhagem para LMA posterior ao uso de blinatumomab.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.746>

AVALIAÇÃO DA EXPRESSÃO DO ANTÍGENO CD66C NA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE LINHAGEM B

LR Silva, F Spagnol, AP Alegretti, MG Farias

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

