

espessamento cutâneo difuso, mais evidentes nas pálpebras, membros superiores, parede torácica, abdômen e membros inferiores. Ademais, evidenciada infiltração de sistema nervoso central com 2% de células atípicas na análise de líquido. Visto faixa etária, performance status e comorbidades clínicas, iniciado quimioterapia citoredutora com COP (ciclofosfamida, vincristina e prednisona) com objetivo de melhora neurológica, sem proposta curativa, visto necessidade de esquema de quimioterapia de alta intensidade. Paciente evoluiu com rebaixamento do nível de consciência e infecção de corrente sanguínea culminando em choque séptico refratário e óbito no quinto dia de início de tratamento. **Discussão:** A incidência exata da BPDCN é ainda desconhecida, sendo o tratamento padrão não definido, porém a intensidade da quimioterapia deve levar em consideração a idade ao diagnóstico. Terapia de indução de com esquemas citotóxicos intensivos podem ser considerados, seguido de transplante alogênico em primeira remissão. Diante da disponibilidade, o uso de Tagraxofusp (terapia alvo dirigida CD123) é aconselhado com taxas de resposta completa em torno de 54%. Avaliação de sistema nervoso central ao diagnóstico é mandatório com realização de profilaxia ou tratamento quimioterápico, se detectada infiltração da doença. **Conclusão:** As características clínicas e os marcadores imunofenotípicos auxiliam na definição dos casos de BPDCN, o prognóstico é reservado, principalmente em pacientes idosos, porém o advento da imunoterapia alvo pode ser a revolução do tratamento de tal patologia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.255>

LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA OU NÃO: RELATO DE CASO

FPS Michel, NPV Silveira, JWL Júnior,
PMS Gomes, AC Fenili, FL Moreno, TB Soares,
LCG Trindade, S Vidor, MEZ Capra

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC),
Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre,
RS, Brasil

Introdução: A Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) é uma variante distinta de Leucemia Mieloide Aguda (LMA), correspondendo a 5 a 20% dos casos de todas LMA. **Relato de caso:** Paciente masculino, 18 anos, sem comorbidades, procura atendimento por febre com evolução de 7 dias, associada a odinofagia, dispnéia e cansaço. Relato de ter procurado atendimento anteriormente pelo mesmo quadro, sendo prescrito amoxicilina pela suspeita de amigdalite bacteriana. Hemograma da chegada demonstra uma pancitopenia com hemoglobina de 7,9, 560 leucócitos totais com diferencial de 189 neutrófilos, 50 bastões, 240 linfócitos, 70 monócitos e 10 basófilos, além de 85 mil plaquetas. Após repetição do hemograma e confirmação da pancitopenia, paciente foi internado e submetido a análise de medula óssea (MO). Medulograma evidenciou em torno de 40% de infiltração por células blásticas e promielócitos atípicos. Iniciado abordagem para LPA com ácido trans-retinóico (ATRA). No dia seguinte, resultado de imunofenotipagem (IFT) não evidencia população de células

com fenótipo anômalo. Análise citogenética revela um conjunto cromossômico masculino normal, sem evidência de anormalidade clonal. Anatomopatológico (AP) de MO mostra hiperplasia para idade (90%) às custas da série granulocítica com falha de maturação e hipoplasia eritroide. Repetido a análise de medula óssea no terceiro dia de internação com confirmação dos mesmos resultados. Realizados sorologias para hepatite B, C, citomegalovírus (CMV), Epstein-Barr e Parvovírus com resultados negativos. Descartada infecção por COVID-19 com coleta de rt-PCR. Tomografia de tórax apresenta extensas opacidades consolidativas de aspecto inflamatório no lobo inferior esquerdo e cultura de lavado broncoalveolar apresenta crescimento de *Staphylococcus Aureus*, sendo realizado o diagnóstico de pneumonia necrotizante. Após 48h do início de antibioterapia com Piperacilina-Tazobactam, paciente apresenta recuperação de contagens com resolução da pancitopenia. **Discussão e conclusão:** A LPA representa uma emergência médica com alta taxa de mortalidade precoce, muitas vezes por hemorragia devido a um distúrbio de coagulação característico. É fundamental iniciar o tratamento com um agente de diferenciação celular, como o ATRA, assim que houver suspeita do diagnóstico com base em critérios clínicos e citológicos, não sendo necessário aguardar a confirmação citogenética ou molecular. Entretanto, é necessário considerar no diagnóstico diferencial outras causas de pancitopenia por infiltração medular de células imaturas, sendo a infecção um diagnóstico diferencial importante.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.256>

SARCOMA RETROAURICULAR: CASO RARO DE RECIDIVA EM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

MWD Reis, EMB Mancilha, E Boturão-Neto,
JPP Silveira, L Medeiros, JRB Franco

Santa Casa da Misericórdia de Santos (SCMS),
Santos, SP, Brasil

Objetivos: o objetivo desse relato de caso, é apresentar um caso raro de recidiva de LMA como sarcoma mieloide retroauricular. **Relato de caso:** Paciente feminina, 28 anos, sem comorbidades ou uso prévio de medicações. iniciou formação de abscessos epidérmicos de repetição, além de astenia com piora progressiva. Em hemograma inicial apresentava Hb:7,6 Ht:20% VCM:86 RDW:16,5 Leucócitos:1820 neutrófilos:218, Plaquetas:111.000. Internada foi submetida a análise de medular que encontrava-se com presença de 47% de blastos, Cariótipo de Medula Óssea: (46,XX,t(6;7)(q25;q36),t(8;21)(q22;q22)[16]/46XX[9]) e imunofenotipagem de medula óssea compatível Leucemia mieloide aguda com maturação (FAB: LMA-M2). Iniciado esquema com “3+7” e consolidações com ARA-C alta dose, em 3º ciclo evoluiu com sepse grave de foco cutâneo, necrose isquêmica sendo necessária amputação de todos os pododáctilos de pé direito. Além de perda de acuidade auditiva secundária a sepse e toxicidade a antimicrobianos de amplo espectro. Em novo estudo medular realizado em 2020 paciente apresentava AML1-ETO T detectado em 1ª fase, porém com mielograma normocelular com 1% de blasto.