

+, CD38++, CD45+, CD79a par (21%), CD99+++, CD117par, TdT+. - Marcadores negativos: CD1a, CD2, CD4, CD5, CD8, CD11b, CD14, CD15, CD19, CD33, CD56, CD61, CD64, CD71, IREM-2, MPO, HLA-DR. **Cariótipo:** 46XY, t(9;22)(q34;q11.2)[20]. **Discussão e conclusão:** As Leucemias Agudas de Fenótipo Misto (LAFM) são raras, com prevalência em torno de 2% entre as leucemias agudas. Podem ser fundamentalmente de dois tipos: bifenóticas (população celular única que possui perfil antigênico que permite caracterizar mais de uma linhagem simultaneamente) e bilinhagem ou bilinear (onde é possível discriminar duas ou mais populações de linhagens distintas na mesma amostra). O caso em questão ilustra alguns conceitos importantes relativos ao subtipo bilinhagem: 1- Para o diagnóstico de Leucemia aguda é necessário > 20% de blastos, segundo critérios OMS-2016, porém não é necessário que cada população de blastos, isoladamente, atinja esse valor percentual. 2- Os critérios de definição de linhagem celular, bem definidos da classificação OMS-2016 para LAFM se aplicam ao subtipo Bifenotípica. Para o subtipo Bilinhagem, valem os critérios utilizados para definir leucemias agudas unilinhagem. Portanto, não é obrigatório que a população blástica mieloide expresse o marcador definidor de linhagem MPO, como observamos no nosso caso. Atenção a este critério é importante para não classificar erroneamente a população como indiferenciada. A t(9;22)(q34.1;q11.2) é a alteração genética mais frequente nas LAFM. Possui prognóstico reservado, embora tenha droga alvo dirigida contra a proteína de fusão BCR-ABL1. Em geral são identificadas as linhagens B e mieloide, embora existam casos raros descritos de presença simultânea de linhagem T e mieloide. É importante também distinguir pacientes portadores de LMC que evoluem para crise blástica de Fenótipo misto de pacientes que apresentem diagnóstico inicial de LAFM e cujo cariótipo revela a presença do cromossomo Philadelphia. Como conclusão, este paciente foi caracterizado como portador de “LAFM com t(9;22) (q34.1; q11.2);BCR-ABL1”, foi indicado tratamento de indução com protocolo HyperCVAD (com dose reduzida de daunorubicina) + Imatinibe. Avaliação de resposta após 4 ciclos de QT revelou 10,4% de blastos mieloides residuais. O componente linfóide T não foi mais observado. Atualmente, o paciente segue em tratamento quimioterápico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.03.009>

AUMENTO DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITÓIDES EM CASO DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Flávia Arandas de Sousa, Laiz Cameirão Bento,
Nádila Magalhães Millan Andressa da Costa
Vaz, Daniela Schimidell,
Marília Sandoval Pássaro,
Priscila Carmona Miyamoto,
Bruna Garcia Nogueira,
Vivien Rebecca Bautzer Yoshida,
Elizabeth Xisto Souto, Nydia Strachman Bacal

Laboratório Clínico de Citometria de Fluxo, Hospital
Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Apresentamos um caso Leucemia Mieloide Aguda (LMA) com presença de 19% de células dendríticas plasmocitóides (CDp). **Descrição do caso:** Mulher, 79 anos, em investigação clínica de Síndrome Mielodisplásica (SMD), com presença de anemia macrocítica e leucocitose. Hemograma: Hb:7,3g% VCM:101fL GB: 1.850/mm³ Neutrófilos: 537/mm³ Plaquetas:134.000/mm³. DHL: 3.800 U/L. Mielograma: hiper celular às custas de 46% de células blásticas e displasia das séries eritrocítica e megacariocítica. Na imunofenotipagem por citometria de fluxo (CF) foram identificadas duas populações celulares: 25,9% de células de média complexidade e positivas CD45 (fraca expressão), CD4 (fraca expressão), CD13 (fraca expressão), CD34 (forte expressão), CD38 (moderada expressão), CD71 (moderada expressão), CD117 (moderada expressão), CD123 (moderada expressão) e HLA-DR (moderada expressão) e 19,4% de células de moderada complexidade e positivas para CD45 (moderada expressão), CD4 (moderada expressão), CD7 (parcial expressão), CD34 (fraca expressão), CD36 (moderada expressão), CD38 (fraca expressão), CD123 (forte expressão) e HLA-DR (moderada expressão), Clec9A, CD141 e ausência de expressão de CD56, sendo compatível com LMA com aumento CDp. Na citogenética foi detectada presença de trissomia do cromossomo 8 em todas as metáfases. **Discussão:** Normalmente, a presença de CDp representa < 1% do total de células nucleadas da medula óssea. O aumento dessas células na medula óssea, está presente mais frequentemente na neoplasia de células dendríticas plasmocitóides blásticas (NCDPB) e na leucemia mielomonocítica crônica (LMMC). Estudos recentes relatam populações CDp em casos de LMA, especialmente nos casos com diferenciação monocítica, porém o significado clínico não está totalmente elucidado. Da mesma forma, o perfil genômico também ainda é pouco compreendido, mas há relatos de associação da presença de CDp com alterações como monossomia 7, trissomia 8, del(5q), CBFB-MYH11 ou duplicação em tandem interna de FLT3 (FLT3 -ITD) em células blásticas de LMA e o perfil mutacional de monócitos de LMMC. **Conclusão:** Apesar de não ser comum, o aumento de CDp tem sido relatado em casos de LMA especialmente nas com diferenciação monocítica. A identificação destas células e a elucidação de sua contribuição na leucemogênese poderá no futuro contribuir para novas opções terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.03.010>

USO DO TCL1 COMO AUXÍLIO NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS LEUCEMIAS DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITÓIDES

Ana Paula de Azambuja, Fabiola Gevert,
Raisa Merhy, Miguel Queiroz,
Elenaide Coutinho Nunes

Serviços de Citometria de Fluxo do Hospital Nossa
Senhora das Graças, Curitiba, PR, Brasil

Objetivo: Descrever um caso de Leucemia de Células Dendríticas Plasmocitoides (LCDP) confirmadas com auxílio do marcador citoplasmático T-Cell Leukemia/Lymphoma 1A