

clínica para coleta de novos exames medulares, infelizmente evoluindo a óbito. **Discussão e conclusão:** A expressão de CD34, HLA-DR, CD15, CD65 e CD11b e de marcadores monocíticos (CD14, CD36 e CD4) é esperada para leucemia monocítica aguda e rara para LPA. A t(11;17) também é incomum, presente em <1% das LPA. Possui baixa responsividade à terapia com ATRA e ATO e relação com morfologia hipergranular e com ausência de bastões de Auer e de CD34 e HLA-DR. Em contrapartida, a expressão de CD34 identificada está associada a variante hipogranular, evidenciada no medulograma. É sabido que a pesquisa de mutações não é realizada para todas as LMA, pautando o diagnóstico exclusivamente em achados morfológicos e de citometria de fluxo. Todavia, apesar da importância da citometria no diagnóstico de leucemias agudas e, da LPA geralmente possuir um imunofenótipo distinto das demais LMA, uma série de combinações imunofenotípicas incomuns podem afetar a conclusão do exame, reforçando a necessidade de exames complementares integrados para um diagnóstico preciso e escolha da terapia apropriada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.338>

PERFIL IMUNOFENOTÍPICO DAS DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS CRÔNICAS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, NORDESTE, BRASIL.

RD Lima^a, IAF Bahia^a, FCM Theodoro^a, GHM Oliveira^b, O Cabra-Marques^c, AD Luchessi^a, RDA Soares^a, MDGP Araújo^b, RE Martins^a, GBC Junior^a

^a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

^b Hemocentro Dalton Cunha (HEMONORTE), Natal, RN, Brasil

^c Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: As doenças linfoproliferativas crônicas (DLPC) são consideradas um grupo heterogêneo de doenças caracterizadas pela expansão monoclonal e acúmulo de linfócitos aparentemente maduros, que apresentam vantagem proliferativa e/ou de sobrevivência sobre os linfócitos normais em diferentes órgãos como medula óssea, sangue periférico e linfonodos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, que reflete o consenso internacional e se baseia em fatores patológicos, genéticos e clínicos, as neoplasias linfoproliferativas são classificadas de acordo com o estágio de maturação e a linhagem por meio da citometria de fluxo (CF). **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi demonstrar o perfil diagnóstico imunofenotípico de pacientes com DLPC no Rio Grande do Norte, Brasil por CF. **Metodologia:** Foram investigados 884 pacientes com DLPC de ambos os sexos através da CF com painel de anticorpos monoclonais direcionados à DLPC. Além disso, outras informações do paciente, como idade, sexo e dados clínicos e hematológicos também foram coletadas. **Resultados:** Os resultados mostraram que 89,7% dos casos eram de células B (DLPC-B) e 10,3% de células T e natural killer (DLPC-T/NK). A

distribuição dos casos de DLPC-B foi a seguinte: 487, leucemia linfocítica crônica; 18, leucemia pró-linfocítica de células B; 25, Leucemia de células pilosas; 6, variante Leucemia de células pilosas; 6, Linfoma folicular leucemizado; 4, Linfoma esplênico com linfócitos vilosos; 33, Linfoma de células do manto; 4, Macroglobulinemia de Waldenstrom; 69, Mieloma múltiplo; 14, Leucemia de células plasmáticas; 11, linfoma de Burkitt e 117, linfoma não Hodgkin leucêmico. A distribuição de DLPC-T/NK foi a seguinte: 12, Leucemia linfocítica granular grande; 14, leucemia prolinfocítica de células T; 18, Leucemia de células T do adulto; 20, Síndrome de Sézary; e 24, linfomas periféricos de células T e 2, DLPC-NK (Tabela 1). **Discussão:** As DLPC-B são as mais comumente observadas correspondendo a mais de 85% de todos os casos e caracterizam-se pela presença de linfócitos B clonais com expressão de um único tipo de cadeia leve de imunoglobulina (kappa ou lambda) em proporção maior que 1/10, associou a forte positividade dos antígenos Pam-B como CD19, CD22 e CD20 e a ausência ou baixa expressão dos antígenos Pam-T. No entanto, outros antígenos como CD200, CD5, FMC7, CD79b e CD103, entre outros, podem estar presentes ou ausentes, caracterizando especificamente essas entidades como Leucemia linfocítica crônica (CD22+ fraco; CD200+, CD5+, FMC7-, CD79b-), células pilosas leucemia (CD22+ forte; FMC7+; CD79b+; CD5-; CD200-; CD103+; CD123+; CD11c+ e linfoma folicular (CD22+/CD20+ forte, CD10+, CD200-, CD79B+, FMC7+). T/NK-CLPD são menos frequentes e são caracterizados por a expressão dos antígenos Pan-T CD2, CD3, CD5, CD7, CD28 e TCL-1, com clonalidade evidenciada por forte positividade de TCR ab na maioria dos casos e aumento de linfócitos TCD4+ ou TCD8+ em uma proporção acima de 1:10 na maioria dos casos. Neste grupo, a leucemia de linfócitos granulares grandes (LGLG) caracterizada por infiltração periférica e medular de grandes células linfocíticas hipergranulares, compreendendo cerca de 2-5% dos casos, o mais comumente células T CD8+. **Conclusão:** Os resultados apresentados demonstram que a imunofenotipagem é uma técnica definidora para esclarecer o diagnóstico de pacientes com CPLD, a clonalidade também foi caracterizada com sucesso nos casos investigados de CPLP das linhagens B, T e NK.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.339>

PAPEL DA IMUNOFENOTIPAGEM POR CITOMETRIA DE FLUXO NA DETECÇÃO DE QUADROS INFLAMATÓRIOS E INFECCIOSOS: RELATO DE CASO CLÍNICO RARO

ML Dumas, TG Cruz, LAC Teixeira

Grupo Pardini, Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A técnica de imunofenotipagem por citometria de fluxo possui diversas aplicações clínico-laboratoriais, sendo considerada o padrão-ouro para o diagnóstico da maioria das doenças oncohematológicas. A utilização da citometria de fluxo para o diagnóstico e acompanhamento de quadros de infecção (viral e bacteriana) é ainda limitado à detecção de patógenos, avaliação do perfil imune linfocitário e avaliação de citocinas/quimiocinas pró-inflamatórias (CBA). **Objetivo:**