

como inibidores de brontoquinase, aproximadamente 3% a 25% dos pacientes tratados com tais medicamentos progrediram para RT. Alguns fatores prognósticos já estabelecidos na literatura atual para maior risco de transformação envolvem alterações moleculares adversas, como deleção ou mutação do TP53 e cariótipo complexo. **Conclusão:** O rearranjo do IGH/BCL2 é encontrado em cerca de 8% dos pacientes portadores de LLC. Análises retrospectivas demonstraram papel incerto deste achado no prognóstico da doença. O paciente em questão, apesar de não possuir alterações citogenéticas de alto risco, era portador de tal mutação e apresentou progressão da LLC para linfoma B de alto grau. É possível que a translocação tenha sido o gatilho para acúmulo de demais mutações e respectiva perda de eficácia do inibidor de brontoquinase.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.379>

IMPORTÂNCIA DAS MANCHAS DE GUMPRECHT NA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA: DIAGNÓSTICO OU PROGNÓSTICO?

R Schaffel, TA Guimarães, CM Vieira,
G Pimenta, GC Castro

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A leucemia linfocítica crônica (LLC) tem sua fisiopatologia na inibição da apoptose das células neoplásicas. O achado de núcleos celulares rompidos no sangue periférico da LLC é comum, constituindo as manchas de Gumprecht (MG). Recentemente, a porcentagem de MG foi associada a alterações do citoesqueleto e ao prognóstico na LLC. Caso se confirme, se trata de um método bastante simples em comparação com os métodos atuais baseados em biologia molecular e anormalidades cariotípicas. **Objetivo:** Analisar o valor prognóstico da contagem e do percentual das MG na coorte de 48 pacientes de LLC da UFRJ com esfregaços do sangue periférico ao diagnóstico disponíveis. **Material e métodos:** Coletamos informações dos nossos pacientes com LLC rotineiramente por conta de nossa participação no Registro Brasileiro de Leucemia Linfocítica Crônica. Nossa coorte tem 70 pacientes com LLC que têm características epidemiológicas estudadas desde 2013. Encontramos esfregaços de sangue periférico do diagnósticos corados em Wright-Giemsa de 48 pacientes. A contagem das MG foi realizada em microscópio por uma das autoras (TA) sob supervisão de um biólogo (GCC). Um total de 100 eventos foram contados para cada caso (linfócitos + MG) e a razão da quantidade de manchas por número total de células contadas foi calculada para estabelecer a porcentagem. Os dados da planilha foram extraídos para o programa SPSS, com o objetivo de traçar as curvas de sobrevida global (método de Kaplan-Meier) comparadas pelo teste de Log-Rank. **Resultados:** As medianas observadas dentre os 70 pacientes foram: 69 anos (variando de 37 anos a 89 anos), 12 g/dL de hemoglobina (variando de 5.3 g/dL a 15.1 g/dL), 27.100 leucócitos totais (variando de 4.900 a 309.800), 16% de neutrófilos (variando de 2% a 75%), 76,5% linfócitos (variando de 12,9% a 94%) e 171.000 plaquetas (variando de 58.000 a 434.000). A mediana da porcentagem de MG foi 22%,

variando de zero a 77% (n = 48). A quantidade total de restos nucleares/caso de LLC variou de zero a 334 (mediana de 28). A sobrevida global mediana dos 48 pacientes foi de 2 anos. Tivemos 29 óbitos. Dividimos os pacientes em dois grupos baseados no percentual mediano de MG. A sobrevida global mediana dos pacientes com maior e menor percentual de MG foi de 2,1a e 3,5a, respectivamente (N = 0,87). Quando utilizamos o corte de 30% de MG preconizado na literatura, o resultado seguiu não significativo (p = 0,38). Como a LLC é uma doença crônica, limitamos a análise aos pacientes com sobrevida maior do que 3 anos e o valor de corte de 30%. Houve uma tendência a maior sobrevida nos pacientes com menos MG (p = 0,09). **Discussão:** Não encontramos valor prognóstico quando separamos nossa coorte em dois grupos de acordo com o percentual de MG, seja utilizando o corte de 22%, quanto o corte de 30% ao contrário do reportado (Sall e cols Hematol Transfus Cell Ther. 2022;44:63-69). No entanto, tivemos um alto índice de óbitos em um tempo de seguimento pequeno. Quando restringimos a análise a pacientes com maior sobrevida, encontramos uma tendência que foi inversa à encontrada por Sall e cols. Não temos uma explicação para isso. **Conclusão:** Na coorte de pacientes com LLC de diagnóstico mais recente do HU da UFRJ não foi observado impacto prognóstico das MG. Começaremos a avaliar pacientes de diagnóstico mais antigo para aumentar nosso tamanho amostral e tempo de seguimento. Esperamos reportar esses achados no Congresso Hemo 2023.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.380>

DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA IDIOPÁTICA EM PACIENTE COM INFECÇÃO PELO VÍRUS HIV: RELATO DE CASO

DF Nantes, ABD Melo

Hospital Santa Casa de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil

Introdução: A doença de Castleman (DC) é uma desordem linfoproliferativa classificada de acordo com características histopatológicas, número de linfonodos acometidos, severidade clínica e presença ou ausência do herpes vírus 8 (HHV-8). Desse modo, são classificadas como: DC unicêntrica, DC multicêntrica HHV-8 positiva, DC multicêntrica HHV-8 negativa/idiopática (DCMi). **Objetivo:** Relatar um caso de DC em paciente com diagnóstico prévio de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Relato de caso:** Paciente de 33 anos, sexo masculino, com diagnóstico há 1 ano de HIV, em uso regular de terapia antirretroviral, com história de febre e sudorese noturna há 2 meses, associado à astenia e perda ponderal de 6 kg no período. Ao exame físico, apresentava edema, hepatoesplenomegalia em grande monta e linfonodomegalias axilares, cervicais e inguinais. Exames complementares evidenciavam anemia (hb: 6,2 g/dL), plaquetopenia (85.000 mm³), hipoalbuminemia, discreta alteração da função renal com oligúria, PCR 33 mg/dL, carga viral HIV 153 cópias/mL e linfócitos T CD4 88 células/mm³. Tomografia de abdome com baço e fígado de dimensões aumentadas, múltiplas linfonodomegalias retroperitoneais e pélvicas.