

utilizado influencia na confiabilidade e acurácia desses estudos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.611>

APRESENTAÇÃO INCOMUM DE SARCOMA GRANULOCÍTICO MAMÁRIO EM JOVEM: RELATO DE CASO

LCC Temoteo^a, GS Lopes^b, WLA Costa^a, V Lavor^a, JFC Sampaio^a, IGB Rocha^a, JL Vasconcelos^a, MM Maciel^a, ER Meneses^a, JVA Silva^a

^a Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE, Brasil

^b Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Fortaleza, CE, Brasil

Objetivos: Descrever um caso de Sarcoma Granulocítico em paciente jovem sem histórico clínico de neoplasia. **Métodos:** Os dados presentes neste relato foram obtidos por meio de uma revisão do prontuário e exames do paciente. **Relato:** Paciente feminina, 18 anos, encaminhada ao ambulatório de Hematologia de Unidade de Atendimento Terciário (HGCC) sob suspeita diagnóstica de Linfoma não Hodgkin. A queixa principal da paciente consistia no surgimento de um nódulo na mama esquerda há cerca de 4 meses, descrita como endurecida e indolor. Negou perda de peso, sudorese noturna e febre. Em sua história patológica negou histórico familiar de neoplasia maligna, negou etilismo e tabagismo. O exame físico revelou adenomegalia axilar endurecida e aderida aos planos. Já a inspeção e palpação torácica evidenciaram a assimetria das mamas e presença de nódulo endurecido na mama esquerda de dimensões significativas ao volume total, ausência de descarga ou sinais flogísticos. Ausculta pulmonar, cardíaca, exame abdominal inalterados. Foram solicitados exames complementares incluindo: usg de mama e de tórax, estudos imuno-histoquímicos e eletroforese de proteínas. **Resultados:** Excetuando-se a USG de mama com apresentação de imagem nodular hipocogênica irregulares (3,9 x 2,2 cm), os demais exames de diagnóstico de imagem não apontaram alteração. O primeiro exame imuno-histoquímico foi positivo para presença do marcador anti-CD45, compatível com proliferação linfóide difusa no parênquima mamário. A ampliação do painel imuno-histoquímico para avaliação da clonalidade dos linfócitos apontou a expressão de anti-CD45 e anti-CD43, indicativos de neoplasia indiferenciada. Por fim, uma nova ampliação de estudo do subtipo histológico, foi compatível com os marcadores antimieloperoxidase, CD34 e CD117, validando o diagnóstico de SG. **Discussão:** O Sarcoma Granulocítico, também denominado cloroma ou sarcoma mieloide, trata de uma neoplasia extramedular rara constituída de células precursoras mieloides. Esse processo carcinogênico ocorre em cerca de 2% a 14% dos casos de leucemia mieloide aguda (LMA). Os sítios anatômicos mais acometidos são a pele, linfonodos, trato gastrointestinal, osso, tecido conectivo e testículo, sendo o tecido glandular mamário, alvo desse relato, um local incomum de apresentação do SG. Além disso, a ausência de diagnóstico

prévio de leucemia como identificado na paciente, torna essa manifestação isolada ainda mais rara e passível de outros diagnósticos diferenciais (Linfoma não Hodgkin, Carcinoma lobular, Fibroadenoma ou Sarcoma mamário). O diagnóstico do SG é dado por exames imuno-histoquímicos como demonstrado na paciente em foco neste relato, cujo resultado tornou-se compatível ao sarcoma granulocítico pelos marcadores anti-mieloperoxidase, CD34 e CD117. É tratado como LMA, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde. Existem poucos dados disponíveis na literatura sobre o impacto do tipo de tratamento (químico, radio ou cirúrgico) no prognóstico, sendo, portanto, indeterminado. **Conclusão:** O presente relato de caso descreve uma apresentação rara de uma doença hematológica maligna, o sarcoma granulocítico, no tecido mamário. A principal ferramenta diagnóstica foi a imuno-histoquímica. O diagnóstico assertivo torna-se um desafio, tendo em vista a singularidade do caso, desde seu sítio anatômico ao histórico incomum da paciente. Por fim, é indispensável que haja a documentação de mais casos de SG para o avanço da sua linha terapêutica e sobrevida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.612>

LEUCEMIA AGUDA ASSOCIADA AO REARRANJO FGFR1 COM MUDANÇA DE LINHAGEM: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

NM Santana, RO Nalesso, A Costa-Neto, CLG Farias, PP Neffá, RC Bonardi, EM Rego

Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O rearranjo que acomete o braço curto do cromossomo 8 (8p11) resulta na fusão e amplificação do gene receptor 1 do fator de crescimento do fibroblasto (FGFR1). É uma entidade rara recentemente reclassificada pela World Health Organization (WHO) como Neoplasia Mieloide/Linfoide com Rearranjo FGFR1. Pode se manifestar com diversos fenótipos incluindo neoplasia mieloproliferativa com eosinofilia, leucemia mieloide aguda, leucemia linfoblástica aguda T ou B e/ou a leucemia aguda bifenotípica. As duas alterações citogenéticas mais observadas foram as t(8;22)(p11.2; q11.2;) (BCR) e t(8;13)(p11.2;q12) (ZMYM2). Pacientes com t(8;22) costumam apresentar o quadro de leucemia mieloide crônica (LMC), e de forma mais rara, o de leucemia linfoblástica aguda de células B (LLA-B). **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente com diagnóstico inicial de leucemia linfóide aguda associada ao rearranjo FGFR1 com posterior mudança de linhagem para leucemia mieloide aguda. **Métodos:** Os dados foram obtidos através da revisão de prontuário. **Caso clínico:** CEDS, masculino, 50 anos, recebeu diagnóstico de leucemia linfoblástica B comum em 10 de fevereiro de 2022. Medula óssea no diagnóstico com 93% de blastos. BCR-ABL p210 e p190 indetectáveis. Cariótipo com resultado 46,XY, t(8;22)(p11.2;q11.2) [10]/46, idem, add (18)(q23)[4]/46,XY[6]. O FISH evidenciou cópia adicional do gene BCR em 79,5% das interfases analisadas. Paciente foi tratado inicialmente com protocolo CALGB e Rituximab, seguido por Blinatumumab, Inotuzumab, Mini-