

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

Objetivos: O objetivo deste estudo foi avaliar a expressão dos marcadores CD200 e CD79b em pacientes com Doenças Linfoproliferativas Crônicas de Células B (DLPC-B), um grupo heterogêneo de neoplasias hematológicas, e investigar sua relevância no seu diagnóstico diferencial e prognóstico. O CD200 surgiu recentemente como ferramenta útil para melhor discriminação entre as várias leucemias crônicas. Sua expressão é observada em células endoteliais, neurônios e alguns linfócitos B maduros. O CD79b é expresso exclusivamente em células B em todas as suas fases de maturação, sendo útil na diferenciação entre as DLPC-B. Ademais, procurou-se identificar padrões de expressão desses marcadores em conjunto para verificar os diversos tipos de DLPC-B e fornecer uma melhor compreensão para o manejo clínico dos pacientes. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo no período de 2004 a 2023, utilizando dados de 674 pacientes diagnosticados com DLPC-B no Rio Grande do Norte. A expressão dos marcadores CD200 e CD79b foi avaliada por citometria de fluxo em linfócitos do sangue periférico. Os dados clínicos e hematológicos dos pacientes também foram coletados. Foi utilizado um painel de anticorpos monoclonais específicos para CD200, CD79b e outros marcadores de superfície (CD3, CD5, CD7, CD19, CD20, CD22, CD23, IgM, anti-Kappa, anti-Lambda, FMC7, CD27, CD38, HLADr, CD10, CD81, CD138, CD16-56 e CD45). A análise foi realizada em um citômetro de fluxo DxFlex da Beckman Coulter, e os dados foram interpretados utilizando o software CytExpert 2.4. **Resultados:** Dos 674 pacientes analisados, 441 (65,43%) apresentaram positividade para ambos marcadores. No total, a Leucemia Linfocítica Crônica (LLC-B) foi o diagnóstico predominante, representando 78,5% dos casos (529 pacientes). Os pacientes com LLC-B demonstraram um imunofenótipo característico de CD19+/CD5+/FMC7-/CD79b-/IgM+/IgD+, com expressão de CD200+ em todos os casos. **Discussão:** A análise dos dados revelou que a expressão combinada dos marcadores pode fornecer um diagnóstico diferencial robusto para DLPC-B. Na LLC-B, a expressão consistente de CD200, mesmo em casos com imunofenótipos atípicos, reforça seu valor diagnóstico. Por outro lado, a expressão reduzida de CD79b na LLC-B, em contraste com outras neoplasias de células B, ajuda a diferenciar esses diagnósticos. A combinação dos marcadores é particularmente útil para distinguir LLC-B de outras DLPC-B, como o linfoma folicular e o linfoma de células do manto, que geralmente apresentam alta expressão de CD79b e variabilidade na expressão de CD200. Além disso, a expressão de CD200 em leucemias linfoblásticas precursoras de linfócitos B (LLA-B) e mielomas de células plasmáticas (MCP) oferece insights valiosos sobre a progressão da doença e potenciais alvos terapêuticos. **Conclusão:** A Citometria de Fluxo é uma técnica essencial para a análise de marcadores em células neoplásicas. A expressão de CD200 e CD79b permite uma melhor diferenciação e caracterização das neoplasias linfoides, ajudando a distinguir entre diferentes subtipos e fornecendo informações críticas para o manejo clínico. O estudo destaca a utilidade da análise combinada desses marcadores na prática diagnóstica e prognóstica nas DLPC-B, especialmente na LLC-B,

e sugere que ambos marcadores podem também ser explorados como potenciais alvos terapêuticos em outras leucemias.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.338>

MINIMAL RESIDUAL DISEASE AND HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION IN ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA: IMPACT OF AGE

AP Azambuja

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, Brazil

Background: Minimal residual disease (MRD) detected at the end of induction therapy is associated with adverse outcomes in both adult and pediatric patients with acute leukemia. However, the assessment of MRD and the clinical significance of low levels of residual disease in the Brazilian context remain unclear. **Objectives:** We conducted a prospective, real-world analysis using high-sensitivity flow cytometry MRD in 60 adults and 67 children with acute leukemia. The aim was to evaluate the kinetics of disease elimination, the bone marrow microenvironment, and correlate these factors with patient outcomes. **Methods:** Patients with B-cell and T-cell acute lymphoblastic leukemia (B-cell and T-cell ALL) in morphologic complete remission who had MRD analysis at day 15 (d15), day 33 (d33), week 12 post-induction therapy, pre-hematopoietic stem cell transplantation (HSCT), and post-transplantation were enrolled in the study. Patients were divided into two groups based on their MRD test results at d15: the MRD-positive group (MRD+) and the MRD-negative group (MRD-). They were followed at days 30, 60, 90, and 360 after transplantation, depending on survival rates. An 8-color or 10-color flow cytometry tube was used to observe the recovery of B cells and other cells in the bone marrow microenvironment after HSCT. **Results:** The study included 60 adult patients (33 MRD- and 27 MRD+) and 67 children (21 MRD+ and 46 MRD-). The overall survival rate was 76.0%, with 50% in the adult cohort and 85.0% in the pediatric cohort. When controlled for d15 MRD status, the survival rate was 97.6% for MRD-negative patients and 78.4% for MRD-positive patients. In the adult cohort, there was a significant difference in outcomes between MRD+ and MRD- patients at the end of induction (55.0% versus 95.0%, $p < 0.001$). However, in the pediatric cohort, there was no significant difference between MRD+ and MRD- patients at d15 (OS 86.5% versus 98.5%). **Conclusion:** MRD status, age, and type of therapy should be considered when developing a prognostic approach for patients with acute leukemia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.339>

LINFOMA DE HODGKIN

COEXISTÊNCIA DE LINFOMA DE HODGKIN E TUBERCULOSE GANGLIONAR: RELATO DE CASO

AA Ferreira^a, ALNS Guedes^b, LM Oliveira^b, STF Grunewald^b, LB Ribeiro^a, MT Dias^a, ILAPE Silva^a

^a Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: A simultaneidade de linfoma de Hodgkin (LH) e tuberculose (TB) ganglionar, embora rara, constitui um grande desafio diagnóstico e terapêutico. Ambas as doenças possuem manifestações clínicas semelhantes (adenopatia, febre, emagrecimento, sudorese noturna), o que dificulta a suspeição da concomitância das enfermidades e contribui para o atraso do tratamento e, consequentemente, para um prognóstico mais reservado. O presente relato tem como objetivo alertar sobre a possibilidade da coexistência das condições e descrever a dificuldade de manejo desses casos. **Relato de caso:** Mulher de 63 anos, sem comorbidades, admitida por aumento progressivo e indolor de nódulos na região cervical durante 5 meses. Relatava febre diária (38-39°C), de predomínio vespertino, tosse seca e perda ponderal de 7 kg em 3 meses. Ao exame físico, notavam-se linfonodos aumentados de tamanho, de consistência endurecida, em cadeias cervical posterior e supraclavicular direitas. Tomografias de tórax e abdome mostravam linfonodomegalias axilares e mediastinais, linfonodos hilares calcificados e um micronódulo calcificado no pulmão direito. Durante a propedêutica, a paciente evoluiu com anemia (hemoglobina 5,4 g/dL), linfopenia leve, hipoalbuminemia (2,0 g/dL) e aumento das dimensões esplênicas (16 cm). As sorologias para hepatite B e C, HIV e blastomicose resultaram negativas. A paciente foi submetida à biópsia excisional de linfonodo cervical. A pesquisa direta para fungos no material foi negativa, mas o teste rápido molecular (TRM) exibiu traços de *Mycobacterium tuberculosis*. A análise histopatológica e imuno-histoquímica indicou neoplasia linfóide de células grandes, com morfologia de Reed-Sternberg, imunofenótipo característico de linfoma de Hodgkin clássico, subtipo depleção linfocítica (CD45-, CD20-, CD30+, CD15+, PAX5+ atenuado, MUM1+, EBV-LMP1+). O exame da medula óssea resultou em celularidade de 90%, às custas de células atípicas, sugestiva de infiltração por LH. Considerando a positividade do TRM, a iminente imunossupressão provocada pelo protocolo antineoplásico e a tendência de o LH não ser uma doença de evolução extremamente rápida, optou-se por iniciar primeiro o esquema anti-TB, duas semanas antes do tratamento do LH. A paciente, contudo, evoluiu com insuficiência hepática fulminante, sem receber quimioterapia. **Discussão:** Sinais e sintomas compartilhados pelo LH e TB requerem correção diagnóstica. O sincronismo das doenças exige árduas tomadas de decisão pois tanto a morbidade quanto as toxicidades do tratamento de uma condição afetam negativamente a outra. Sabe-se que a depleção linfocítica é o subtipo mais agressivo de LH e com frequência acomete o fígado já ao diagnóstico. Também é conhecida a hepatotoxicidade do tratamento da TB, que pode acometer até 10% dos pacientes, sobretudo idosos, portadores de anemia ou hepatopatia prévia. Porém, na suspeita de TB extrapulmonar, o resultado “traços” no TRM é indicativo de tratamento devido ao alto risco de evolução desfavorável em pacientes imunossuprimidos. Dessa forma, o tratamento da neoplasia e da infecção são imprescindíveis, mas a condução do caso é difícil e os resultados são ruins. **Conclusão:** A coexistência de LH e TB é

rara, mas a propedêutica para múltiplos diferenciais deve ser realizada. A ocorrência dos diagnósticos simultâneos se coloca como um contratempo terapêutico e agrava o prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.340>

LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO SUBTIPO ESCLEROSE NODULAR: RELATO DE CASO

AAC Pinto ^a, TALE Silva ^b, DCV Sobreira ^b, TM Sales ^c

^a Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté, SP, Brasil

^b Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

^c Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Ouro Preto, MG, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin clássico (LHC) é uma rara doença linfoproliferativa maligna caracterizada pela presença de células de Reed-Sternberg (CRS) no tecido afetado. O LHC é responsável por 0,5% dos diagnósticos anuais de câncer, sendo cerca de 80% diagnosticados em estágio avançado. A doença apresenta quatro subtipos: esclerose nodular (EN), celularidade mista, predomínio linfocitário e depleção linfocitária, sendo a EN a variante mais comum (70% dos casos). O diagnóstico é baseado na análise imuno-histoquímica do tecido linfonodal biopsiado e na história clínica. A presença de CRS é fator patognomônico do LHC. O tratamento é individualizado e depende de fatores como estágio e tipo histológico. **Relato do caso:** Masculino, 17 anos, admitido com queixa de linfonodomegalia sublingual dolorosa à palpação, associada a edema matutino e com evolução em crescimento e desconforto. Refere perda ponderal, sudorese noturna e episódios febris. Ultrassonografia da região cervical evidenciou adenopatia. Realizada biópsia linfonodal. Análise imuno-histoquímica revelou proliferação nodular de células grandes e atípicas circundadas por faixas escleróticas e fundo inflamatório, com co-expressão de antígenos CD30, CD15 e PAX5, sendo diagnosticado com LHC subtipo EN. **Discussão:** O LHC apresenta dois picos de incidência, em adultos jovens e em indivíduos com mais de 55 anos. Todavia, sua variante EN tende a afetar com mais frequência indivíduos entre 10 e 24 anos. Os principais grupos de risco são imunossuprimidos, transplantados e positivos para o vírus Epstein-Barr. Há evidências de predisposição familiar no LHC, dado que irmãos do mesmo sexo de pacientes afetados apresentam risco 10 vezes maior de desenvolver a doença. O LHC consiste em CRS que criam uma rede de células alimentadoras e evitam respostas antitumorais através da secreção de mediadores químicos. Os sinais principais da doença são linfadenopatia indolor nas regiões cervical, axilar e/ou supraclavicular, além de massa mediastinal associada a dispneia e disfagia. O diagnóstico é feito por biópsia linfonodal após sintomas e/ou exame de imagem que apresente linfonodomegalia. O padrão histopatológico do LHC variante EN exhibe um crescimento de células parcialmente nodular, com faixas fibrosas e um fundo inflamatório, com raras CRS. O estadiamento padrão inclui