e iniciado nutrição parenteral. No D10, paciente apresenta piora hemodinâmica e respiratória, sendo regulada para vaga em UTI. Paciente evoluiu com parada cardiorrespiratória de 35 minutos com retorno à circulação espontânea, instalado noradrenalina e visualizado pupilas midriáticas e avaliação neurológica. Em avaliação laboratorial, detectada acidose metabólica com pH 6,75, instalado protocolo de correção e acionada nefrologia. Paciente evoluiu com nova PCR sem retorno da circulação espontânea com óbito no D12. **Discussão:** O sarcoma granulocítico é um tumor extra-medular de células blásticas hematopoiéticas relacionado à leucemia mieloide aguda, podendo se apresentar em qualquer parte do organismo, sendo as mais comuns, em ordem de frequência: osso, partes moles e pele. Acometimento no colo uterino é um evento raro, com poucos casos descritos na literatura e ainda mais incomum com apresentação antes de leucemia identificada no sangue ou médula óssea. O diagnóstico é dado pela imunohistoquimica com positivação de CD34, mieloperoxidade e lisozima. O tratamento se baseia em quimioterapia e radioterapia, sendo que no caso de acometimento uterino a cirurgia não se mostrou benéfica. Em nosso caso a paciente foi a óbito durante indução por complicação infecciosa, não sendo possível avaliar a efetividade do tratamento proposto. **Conclusão:** Sarcoma granulocítico com apresentação atípica deve ser considerado em diagnósticos diferenciais de neoplasia de colo uterino, especialmente quando a paciente apresenta clínica e exames laboratoriais compatíveis.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.306

305

SARCOMA GRANULOCÍTICO SEM ENVOLVIMENTO MEDULAR: RELATO DE CASO

F.M. Carlotto[a], D. Weber[b], C. Zanotelli[b,c]

[a] *Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil*
[b] *Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), Passo Fundo, RS, Brasil*
[c] *Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó, SC, Brasil*

Introdução: O sarcoma granulocítico (SG) é um tumor extra medular de células precursoras granulocíticas imaturas, descritas pela primeira vez em 1811. Apresenta-se como uma massa nodular sólida em qualquer órgão, acometendo mais frequentemente linfonodos, pele, ossos e periósteo e, para seu diagnóstico definitivo, é necessário o exame histopatológico. Relatamos um caso de uma paciente com essa patologia, assim como seu diagnóstico e tratamento. **Relato do caso:** A.M.P, masculino, 86 anos, portador de doença arterial coronariana, demência vascular e hipotireoidismo, é encaminhado em julho de 2020 ao ambulatório de hematologia para investigação de conglomerado linfonodal retroperitoneal. Nos exames admissionais eritrograma, leucograma e contagem plaquetária sem particularidades. Tomografia Computadorizada (TC) de Cervical e Tórax sem achados anormais e TC de abdome com massa retroperitoneal junto ao espaço retro-crural à direta, medindo 5,3 x 6,3 cm e espessamento do cólon sigmoide com infiltração da gordura adjacente correspondendo a quadro de diverticulite subjacente. Após a biópsia da massa retroperitonial, foi firmado o diagnóstico de sarcoma granulocítico com expressão de CD56. Realizada, então, a biópsia de medula óssea, em qual não se identificou população imatura nem imunofenotipo aberrante. Após tratamento clínico para diverticulite aguda, foi optado pelo tratamento do SG com hipometilante com plano futuro de radioterapia, visto se tratar de um idoso frágil, sem performance status para quimioterapia em altas dose. Paciente segue em tratamento com hipometilante no momento. **Discussão:** O sarcoma granulocítico é a infiltração tumoral de locais extramedulares com células precursoras mielóides imaturas; está associado em 3% a 8% dos casos de leucemia mielóide aguda e raramente a distúrbios mieloproliferativos crônicos. Ele pode mimetizar outras massas tumorais sólidas e, por isso, pode ser facilmente perdido se um alto índice de suspeita não é firmado. Seu diagnóstico diferencial são Linfomas Não-Hodgkin, Linfomas de Burkitt e Linfomas de Grandes Células B. É difícil identificar a origem do tumor quando não está associado à infiltração da medula óssea, chamada, então de "leucemia aleuquêmica". E, embora o SG possa se desenvolver em qualquer órgão, o envolvimento retroperitoneal é raro. Conforme revisão de base de dados no MEDLINE realizada foram identificados 13 casos comprovados por biópsia envolvendo retroperitônio, local acometido pelo nosso paciente. Na ausência de estudos prospectivos randomizados, o tratamento ideal para esse tumor não está bem estabelecido, visto a raridade da apresentação. Um número de análises retrospectivas, no entanto, mostrou que os resultados da doença são melhores quando o a quimioterapia é instituída. Recomendações atuais consideram a radioterapia como um tratamento adjuvante para alcançar controle da doença se a função do órgão estiver comprometida ou, erradicar sites de doença residual após tratamento sistêmico completo. **Conclusão:** Em conclusão, SG retroperitoneal na ausência de envolvimento medular é uma entidade clínica rara. Seu diagnóstico é difícil, visto que é necessária sua suspeição clínica e um bom serviço de patologia. Terapias locais, como ressecção cirúrgica e radiação são geralmente inadequados e, quimioterapia sistêmica é o tratamento recomendado em todos os casos.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.307

306

SARCOMA MIELÓIDE CEREBELAR EM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA RECAÍDA

E.D.D. Santos, A.S. Ribeiro, T.Y. Barbeta, J.P. Portich, R.S. Ferrelli, T.C.M. Ribeiro, D.B. Lamaison, E.T. Calvache, D.H. Catelli, A.A. Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O Sarcoma Mielóide (também conhecido Sarcoma Granulocítico, Mieloblastoma ou Cloroma) é uma apresentação extramedular da Leucemia Mielóide Aguda (LMA), presente em menos de 1% dos casos e que pode se apresentar concomitantemente ao diagnóstico da leucemia,

pode preceder o diagnóstico laboratorial ou ainda se apresentar como recaída. Os Sarcomas Mielóides de Sistema Nervoso Central (SNC) são ainda mais incomuns, principalmente cerebelares. Relatamos aqui um caso de paciente com LMA, apresentando recaída em SNC com Sarcoma Mielóide infratentorial, apresentação extremamente atípica. **Objetivo:** Relatar apresentação incomum de recaída em paciente com LMA. **Materiais e métodos:** Revisão de prontuário do paciente internado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Relato de caso:** Paciente masculino, Jovem, préviamente hígido, LMA, subtipo monocítica. Análise de Cariótipo inconclusiva, FLT3 Negativo. Submetido à indução com 7+3 (Daunorrubicina + Citarabina) e consolidação com HIDAC prém recaída da doença na segunda consolidação. Resgatado com protocolo IDA-FLAG, alcançando nova RC. Cerca de 1 ano após diagnóstico, paciente retorna à emergência com vertigem, diplopia, estrabismo e náuseas, sem alterações em hemograma. Tomografia de crânio evidenciou sangramento infratentorial e sinais de hidrocefalia. Paciente submetido a DVE de urgência para descompressão e em estudo por Ressonância Magnética à posteriori foram identificadas lesões expansivas em ambos os hemisférios cerebelares. Foi então realizada exérese das lesões com biópsia transoperatória, achado à microscopia óptica sugestivo de sarcoma granulocítico. Progressivamente paciente apresentou melhora do quadro, no entanto ainda necessitou DVP em vistas de hipertensão intracraniana. Após estabilização clínica paciente foi submetido a radioterapia. Sem condições clínicas para outras terapias agressivas, paciente teve recaída hematológica cerca de 1 mês após o procedimento e faleceu cerca de 4 meses após a recaída. **Discussão**: Os Sarcomas Mielóides (SM) não são exclusivos da LMA, podendo também se apresentar em outras doenças como Síndromes Mielodisplásicas, Mieloproliferativas ou mesmo primeira manifestação de LMA. São mais comuns em pacientes à apresentação com altas contagens de Leucócitos totais ao hemograma, nos subtipos M4 (mielomonocítica) e M5 (Monocítica) da FAB, nas alterações citogenéticas t(8,21) e inv(16). Os sítios extramedulares mais comumente encontrados são ossos e periósteo, pele (leukemia cutis), linfonodos e órbita, com incidência menor que 1% em SNC. A sobrevida global estimada para pacientes com SM associado a LMA é de cerca de 6 meses, enquanto aqueles com SM em SNC gira em torno de 3,5 meses. A terapia de escolha para estes quadros quando os pacientes apresentem condições clínicas para tal devem seguir os protocolos para LMA, como regimes de altas doses de quimioterapia (7+3), com menos efetividade, radioterapia ou cirurgia. Quanto ao Transplante de Medula Òssea (TMO), embora sem dados de estudos randomizados, positivamente as análises retrospectivas evidenciam sobrevida global semelhante entre pacientes com e sem SM, com até 47% de sobrevida global em 5 anos. **Conclusão:** O SM foi a apresentação da recaída do paciente relatado, uma apresentação muito atípica, associada à acentuada morbidade e de prognóstico sombrio. O relato alerta para a importância da avaliação de lesões sólidas em pacientes com LMA ou mesmo como primeira manifestação de doença.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.308

307

SARCOMA MIELOIDE GÁSTRICO COMO APRESENTAÇÃO DE TERCEIRA RECIDIVA DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA APÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS ALOGÊNICO: RELATO DE CASO

A.L. Stollenwerk, A.P. Graça, E.X. Souto, F.M. Marques, D.A.G. Eguez, M.J.F.S. Junior, R.F.M. Nunes, R.M.A. Passos, K.P. Melillo, L.L.M. Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini - Hospital Brigadeiro, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Sarcoma Mieloide (SM) é uma manifestação extra medular rara de neoplasias hematológicas, como leucemia mielóide aguda (LMA), síndrome mielodisplásica (SMD) e neoplasias mieloproliferativas (NMP). Pode ocorrer: 1) de maneira isolada, sem histórico de doença prévia; 2) concomitante à LMA; 3) como recaída da LMA ou 4) como transformação/fase blástica da SMD e NMP. O SM pode ocorrer em cerca de 2,5 a 9,1% das LMAs. **Objetivo:** Relatar um caso de SM como apresentação de terceira recidiva de LMA. **Paciente e métodos:** Paciente masculino, 25 anos, diagnóstico de LMA com componente monocítico em 11/08/2016; 46, XY, inv(16)(p13.1;q12)[20], CBFB-MYH11 positivo. Submetido à leucoaferese, hidroxiureia e, posteriormente, quimioterapia sistêmica: 1 ciclo de idarrubicina e citarabina (3+7), 4 ciclos de consolidação com altas doses de citarabina e quimioterapia intratecal (QTit) profilática previamente a cada ciclo. Ao final do tratamento: estudo de doença residual mínima por biologia molecular e citometria de fluxo negativos e líquor sem infiltração leucêmica. Seis meses após, apresentou recidiva medular isolada, morfologia, imunofenótipo e cariótipo, semelhantes ao diagnóstico, CBFB-MYH11 positivo e ausência de mutação no gene c-KIT. Foi tratado com 1 ciclo de MEC, 2 ciclos de citarabina em altas doses e profilaxia de SNC com QTit previamente a cada ciclo. Apresentou remissão morfológica, imunofenotípica e molecular. Foi submetido a TCTH alogênico aparentado, doador idêntico, mieloablativo. Quimerismo do D+148 de 100%. No D+182 foi diagnosticada recidiva isolada de SNC. Foi tratado com QTit e sistêmica (citarabina em altas doses). Evoluiu com remissão liquórica. Realizada radioterapia de neuroeixo e 2 doses de "DLI". Após 23 meses, apresentou quadro de epigastralgia, náusea, vômitos, impossibilidade de ingesta e perda ponderal de 18 kg em um mês. Foi submetido à Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que evidenciou lesão infiltrativa em corpo distal e antro gástrico. Exame anátomo-patológico compatível com SM. Estudo imunohistoquímico (IHQ): Marcadores positivos: MPO, cKIT, CD34, CD45, BCL2 e Ki67 positivo em 20% células. Tomografia computadorizada (TC): Acentuado espessamento parietal hipodenso do corpo distal do estômago, se estendendo ao antro e piloro e imagens em espiral em alças de delgado distal. Tecido sólido no terço inferior do mediastino posterior, envolvendo parcialmente a aorta descendente e os corpos vertebrais T10 e T11. Mielograma, estudo de DRM e LCR sem evidência de doença. Foi optado