

leucometria global de 10.480 mm<sup>3</sup> (5.659 blastos/mm<sup>3</sup>, 838 segmentados/mm<sup>3</sup>, 3.773 linfócitos/mm<sup>3</sup>, 105 monócitos/mm<sup>3</sup> e 105 eosinófilos/mm<sup>3</sup>) e uma contagem de plaquetas de 8.600 mm<sup>3</sup>. Demais exames apresentaram resultados não alterados. Paciente prontamente encaminhada ao hospital de referência com suspeita de leucemia mieloide aguda (LMA). Realizado mielograma e constatado 76% de blastos. Imunofenotipagem confirmou o diagnóstico de leucemia linfóide aguda LLA de células B, com pesquisa do cromossomo *Philadelphia* BCR-ABL negativo. Início de quimioterapia segundo protocolo GMALL, porém, sem resposta. Paciente evoluiu com pancitopenia e choque séptico, falecendo um mês após o diagnóstico. **Discussão:** A leucemia linfóide aguda (LLA) é uma doença genética que ocorre pela proliferação descontrolada e consequente acúmulo de células linfóides imaturas no tecido hematopoiético, levando a substituição de células normais por células neoplásicas. É mais frequente na população infantil (5–10 anos), voltando a ser frequente na população idosa. Não é comum na população adulta, sendo bem agressiva e menos responsiva à quimioterapia quando comparado a população pediátrica. O prognóstico da LLA é determinado pela idade, pelo imunofenótipo (LLA pró-B, B comum, pré-B, B madura ou de linhagem T) e pelas alterações citogenéticas (translocação TEL-AML1 associado a um bom prognóstico e translocação BCR-ABL associado a um pior prognóstico). Ela normalmente se apresenta juntamente a um quadro de anemia, trombocitopenia e dependente do caso, pode ocorrer uma leucocitose severa, se manterem normais ou apresentar uma leucopenia (que também pode ocorrer após a quimioterapia). As alterações ocorrem devido a incapacidade da medula em liberar células normais na circulação, devido ao fato de estar repleta de clones leucêmicos. Possui uma evolução agressiva, principalmente se não diagnosticada e tratada precocemente, refletida diretamente nos resultados dos exames. Muito frequente é a presença de infecção em paciente com leucemia aguda, sendo a principal causa de óbito nesses pacientes. **Conclusão:** A leucemia linfóide aguda é uma leucemia muito agressiva na população adulta e pouco responsiva à quimioterapia, com evolução muito rápida, em questão de semanas e/ou meses. Desta forma, é fundamental o diagnóstico rápido e preciso da doença, de modo a se avaliar e iniciar o mais rápido possível o tratamento mais adequado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.732>

731

#### MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTROM: ESTUDO DE CASO

C.A.S. Souza, M.A.F. Chaves, V. Hoinatz, G. Zattera, L. Cichoski, J.T. Schiavini, L.F. Corbari, J. Plewka, M.F. Barros

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brazil

**Introdução:** A macroglobulinemia de Waldenstrom é uma patologia rara, linfoproliferativa monoclonal de linfócitos B, caracterizada pela produção monoclonal de IgM em níveis elevados no soro, associada à identificação de populações celulares com características de linfoma linfoplasmocítico na

medula óssea. Mais comum em idosos, pode manifestar clinicamente, astenia, perda de peso, fadiga, sangramento do trato gastrointestinal e de mucosas, linfonodomegalias, alterações neurológicas e hepatoesplenomegalia. **Caso clínico:** Paciente mulher, K. E. M., de 86 anos, caucasiana, residente do interior do Paraná, com diagnóstico prévio de anemia por deficiência de ferro. No dia 17/03/2020 foi admitida no PS (Pronto Socorro) do HUOP (Hospital Universitário do Oeste do Paraná), paciente alegou que há 10 anos iniciou quadro de fraqueza e dispnéia. Realizava tentativa terapêutica com ácido fólico e sulfato ferroso. Alegou apetite reduzido há algum tempo, apresentando perda ponderal não intencional de 17 Kg nos últimos 6 meses, estava com 48 Kg. No hemograma inicial constatou-se hemoglobina de 3,6 g/dL, leucócitos 11.110 mm<sup>3</sup> e plaquetas 227.110 mm<sup>3</sup>. Sendo após transfundido 2 concentrados de hemácias. No dia 20/03/2020 no exame de colonoscopia foi laudado diagnóstico de melanose de cólon. E na endoscopia digestiva alta verificou-se hérnia hiatal pequena e pangastrite atrófica leve. Devido a linfocitose mantida desde a admissão, além da anemia normocítica hipoproliferativa, o hematologista suspeitava de LLC (Leucemia Linfóide Crônica) ou de possível gamopatia monoclonal. A paciente foi então transferida para a UOPECCAN (Hospital do Câncer de Cascavel) para tentativa de definição de diagnóstico. No dia 30/06/2020 a paciente retornou ao HUOP, relatando quadro de prostração, astenia, adinamia de início há 20 dias, com associação com tosse seca e negou febre. Relatou que no dia anterior teve piora do quadro, com rebaixamento do nível de consciência e intensa prostração, sendo internada com suspeita de COVID-19 por estar hipossaturando. Na triagem paciente relatou que fazia acompanhamento na UOPECCAN pois foi diagnosticada com macroglobulinemia de Waldenstrom. Foram coletados exames e constatado que ela estava com anemia severa, com hemoglobina de 2,4 g/dL, leucócitos 28.500 mm<sup>3</sup> e plaquetas 109.000 mm<sup>3</sup>. Sendo transfundido então 2 concentrados de hemácias. Foi realizado coleta de swab para PCR para COVID-19 e logo admitida na ala COVID-19 do HUOP. No dia seguinte a hemoglobina aumentou para 6,7 g/dL, leucócitos diminuíram para 26,670 mm<sup>3</sup>. Foi realizado a dosagem de IgM que resultou em 1.163,28 mg/dL e de ferritina 4.306,5 ng/mL. No dia 02/07/2020 apresentou plaquetopenia de 64,800 mm<sup>3</sup>. Foi realizado o pedido de solicitação de transferência para a UOPECCAN devido à falta de recurso do hospital, por motivo do CID: C88.0. No dia 04/07/2020 a paciente estava dispnéica, com O<sub>2</sub> em cateter nasal. Arresponsiva, emagrecida, desidratada e com evacuação ausente. No exame hematológico hemoglobina de 7,7 g/dL, leucócitos 26.500 mm<sup>3</sup> e plaquetas 80.000 mm<sup>3</sup>. O resultado para RT-PCR SARS-CoV2 foi não detectável. No dia seguinte, às 6 h da manhã constatou-se que a paciente evoluiu à óbito e devido a mesma ser suspeita de COVID-19, foi seguido protocolo de cuidados e coletado nova amostra de swab PCR para COVID-19. Até o momento não se obteve o resultado do exame do material coletado após o óbito.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.733>

