

RELATO DE CASO: PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA E LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B.



CCI Streicher, CE Miguel, MCL Falco, IG Vitoriano, VG Freitas, NR Ziollé, I Garbin, MS Urazaki, NF Beccari, LN Farinazzo

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de uma paciente com diagnóstico prévio de leucemia mielóide crônica (LMC), que apresentou, meses após, espessamento em cólon ascendente e diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B (LDCGB) triple expression. **Metodologia:** Os dados foram obtidos de forma sistemática por meio de entrevista e revisão do prontuário. **Relato de caso:** Sexo feminino, 68 anos, admitida no serviço de Hematologia do Hospital de Base de SJRP em novembro de 2020 devido leucocitose de $14000/\text{mm}^3$, às custas de neutrófilos e trombocitose de $900.000/\text{mm}^3$, associada a perda de 7 kg em 2 meses, sem demais queixas. Feito uma investigação medular, demonstrando medula óssea extremamente hiper-celular, às custas do setor granulocítico e 4% de blastos, compatível com LMC. O cariótipo revelou 46, XX t(9;22)(q34;q11) e o FISH para BCR/ABL mostrou 42,35%, confirmando o diagnóstico de LMC. Em janeiro de 2021 iniciou o uso de imatinibe, 400 mg ao dia. Em abril de 2021 apresentou diarreia aquosa, associada a enterorragia. Na emergência, foi realizada Endoscopia Digestiva Alta e descartado Hemorragia Digestiva Alta. Após, foi realizado uma colonoscopia, que evidenciou: lesão úlcero-vegetante em cólon ascendente, se estendendo até o ceco, friável, ocupando 80% da luz e 50% da circunferência. A biópsia desta lesão revelou uma neoplasia pouco diferenciada, sugestiva de doença linfoproliferativa em lâmina própria da mucosa intestinal. No exame de imunohistoquímica concluiu-se se tratar de LDGCB, apresentando Ki-67 de 90%, expressão de MYC, BCL2 e BCL6; o FISH para MYC mostrou-se negativo, sendo então, um LDGCB triple expression. No PET-CT havia hipermetabolismo em linfonodos supra e infra diafragmáticos, lesões pulmonares e espessamento parietal intestinal. O paciente encontra-se no 3º ciclo de R-CHOP e mantém o uso de imatinibe 400 mg ao dia. **Discussão:** A LMC constitui uma desordem mieloproliferativa, que se caracteriza pela presença de uma mutação adquirida, que resultando na translocação recíproca e balanceada entre os cromossomos 9 e 22 t(9;22)(q34;q11), denominado de cromossomo Philadelphia (Ph). Essa mutação faz uma hibridização do gene BCR/ABL, responsável pela codificação de uma proteína de fusão anormal, que contém uma tirosina quinase (TK), sendo o mecanismo de surgimento da patologia. Além disso, a LMC representa cerca de 20% das leucemias do adulto e acontece com a mesma frequência pelo mundo. A incidência anual é de 1,6 casos/100.000 habitantes por ano sendo a mediana da idade em torno de 55 anos. O tratamento é feito com inibidores de TK. Já o LDGCB representa 30% dos linfomas não Hodgkin e o números de casos aumentam de acordo com a idade dos pacientes. A taxa de incidência aumenta 10 vezes, passando para 40 casos a cada 100 mil indivíduos na faixa etária dos 60 anos. Mais de 150.000 casos são diagnosticados ao ano pelo mundo e a média de idade é de 60 anos. É

uma patologia tipicamente agressiva, podendo ter acometimento tanto linfonodal, quanto extranodal. Geralmente, o diagnóstico é feito em fase avançada, porém, 60% conseguem a cura com protocolos quimioterápicos, sendo que a maior parte deles é com R-CHOP. Em doenças refratárias ou recaídas os resultados são piores. **Conclusão:** A maior taxa de incidência de ambas as patologias é em pacientes com mais de 55 anos. Porém, em revisão de literatura, não foi encontrada relação entre elas. Também não há relatos de casos sobre associação das mesmas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.247>

SPLEEN STIFFNESS BY MAGNETIC RESONANCE ELASTOGRAPHY OR ULTRASOUND ELASTOGRAPHY AS A SURROGATE MARKER OF BONE MARROW FIBROSIS IN MYELOFIBROSIS PATIENTS



LC Vassalli^a, AF Sandes^{a,b}, AHM Caiado^b, GD Ippolito^b, JTMG Silva^b, ML Chauffaille^b, DM Bahia^b

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil

^b Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brazil

Introduction: Primary myelofibrosis (PM) is a myeloproliferative neoplasm characterised by bone marrow fibrosis and extramedullary hematopoiesis. Both clinical findings and laboratory parameters are used for prognostic scores in Myelofibrosis patients. In addition, the degree of bone marrow fibrosis has an important prognostic value and has correlation with overall survival. Recently, bone marrow fibrosis was correlated with degree of splenic stiffness (SS) measured by imaging elastography techniques. Despite these findings, there were patients with insignificant measures that could not be classified according to marrow fibrosis. In order to advance knowledge in this field, we studied splenic and hepatic stiffness (HS) in patients with myelofibrosis using elastography by two methods, ultrasonography (EUS) and magnetic resonance elastography (MRE), and its correlation with prognostic scores and bone marrow fibrosis. **Methods:** This is a prospective, cross-sectional, observational study in patients from the outpatient clinic for myeloproliferative neoplasms who had given informed consent according to procedures approved by institutions ethical committee. Patients with PM, as well as post-essential thrombocythemia or post-polycythemia vera myelofibrosis, were included in this study. Myelofibrosis patients with diagnosis of other associated pathologies that may alter SS, as portal hypertension or cirrhosis, were excluded from the study. Patients were assessed for splenic stiffness measured by ultrasound conducted by two examiners, with more than 10 years of experience. EUS was performed in US Epiq 7 equipment - Philips – with ARFI elastometry methodology. The SS measurements was reported in m/s. In addition, they were also evaluated for splenic and liver stiffness by MRI technique. All exams were performed in 1.5 T MR equipment (Magnetom Aera, Siemens Healthineers, Erlangen, Germany) and the MRI protocol