

encefálicos infra e supratentoriais com hipossinal em T1 e iso-hiperssinal em T2 e FLAIR, o maior deles acompanhado com edema vasogênico; sem efeito de massa. Punção de líquido cefalorraquidiano: positivo para células neoplásicas, compatíveis com LMA. Optado por realizar citarabina alta dose, para melhor penetração em SNC, sem sucesso. Evoluiu com quadros infecciosos e perda de performance status, evoluindo em tratamento paliativo. **Discussão:** A infiltração do SNC em crianças não é infrequente, porém em adultos é entidade rara, tanto em recém diagnosticados, quanto nos pacientes com recidiva. A incidência cumulativa de 5 anos de recidiva meníngea em pacientes tratados com protocolos antigos e modernos (com transplante de medula) foi de 3,9% e 0,3%, respectivamente. Em um estudo, foi visto que o tempo médio para a recidiva do sistema nervoso central foi de sete meses (1–16 meses). Leucemias com diferenciação monocitária, leucometria e DHL altos ao diagnóstico parecem ser fatores de maior risco. Sinais de lesão neurológica, associado com lesões com hipossinal em T1 e hiperssinal em T2 em RM devem ser lembradas no diagnóstico diferencial de LMA com infiltração de SNC. Protocolos baseados em altas doses de citarabina, associados a quimioterapia intratecal parecem ser os ideais, associados ou não a radioterapia. A sobrevida média após a recidiva em SNC é de aproximadamente 4 meses. **Conclusão:** A ocorrência do acometimento do SNC em pacientes com LMA é rara. Estudos prévios sugerem que a incidência vem diminuindo devido novos tratamentos quimioterápicos e melhora no transplante de medula óssea. Estudos futuros são necessários para melhor elucidar quais pacientes tem maior risco, para que possamos adequar o tratamento desses pacientes, diminuindo seu risco de recidiva, uma vez que, neste cenário, o prognóstico é sombrio.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.295>

RELATO DE CASO DE NEOPLASIA DE CÉLULAS BLÁSTICAS DENDRÍTICAS PLASMOCITÓIDES

VL Brandão, CGQ Ferreira, CR Monastério,
CD Leite, MSS Almeida, JSR Oliveira

Hospital Santa Marcelina (HSM), São Paulo, SP,
Brasil

Relato: Paciente masculino, 55 anos, previamente hígido, etilista e tabagista (CT 40a/m), internado em junho/2021 com relato de aparecimento de lesões avermelhadas em face em dezembro de 2020, que progrediram com placas e nódulos eritemato-violáceos em tronco e extremidades. Em fevereiro/2020, recebeu corticóide injetável com melhora das lesões. Um mês após, houve recidiva das lesões, quando foi atendido na rede básica e prescrito prednisona 20 mg/dia, com atenuação das lesões. Procurou atendimento no HSM com relato de perda ponderal de 14 kg em 4 meses, surgimento de linfonodomegalias em cadeia cervical, axilar e inguinal, astenia, dispneia, tontura, tosse, hipoacusia e alodinia. Hemograma da admissão com pancitopenia e 54% de blastos. No mielograma observou-se blastos com morfologia pleomórfica e tamanho celular variado, de pequeno a grande, com vacúolos citoplasmáticos e cromatina frouxa.

Imunofenotipagem com 43,3% de células positivas para CD2 par/ CD4 +++/ CD36 ++/ D38 ++/ CD45 ++/ CD 56 +++/ CD 99 ++/ CD 123 +++/ HLA DR +++. Negativa para CD1a/ CD3 citop/ CD3m/ CD5/ CD7/CD8/CD11b/CD13/CD14/CD15/CD16/CD19/ CD33/CD34/ CD64/ CD117/ IREM-2/ MPO citop/ TCR alfa-beta/ TCR gama-delta/ TdT, compatível com neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (NCDPB). Tomografias evidenciaram linfonodomegalias difusas em cadeias axilares, mediastinais, abdomino-pélvicas e inguinais bilateralmente além de esplenomegalia heterogênea (14,4 cm). Sorologias negativas para HIV, HTLV, sífilis, Hepatite B e C. O Status performance era ECOG 0, sendo realizado protocolo HyperCVAD. Evoluiu a óbito no D+11, por choque séptico devido infecção de corrente sanguínea por *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenênicos. **Discussão:** A NCDPB é um subtipo raro e agressivo de leucemia aguda caracterizada pela proliferação clonal de precursores de células dendríticas plasmocitoides. Sua incidência é extremamente baixa, sendo responsável por 0,44% de todas as neoplasias hematológicas e 0,7% dos linfomas cutâneos. Comumente se manifesta como lesões cutâneas com ou sem envolvimento da medula óssea e disseminação leucêmica. As lesões cutâneas podem ser de cor marrom a violácea, como lesões, placas ou tumores semelhantes a hematomas, solitárias ou disseminadas. Citopenias, linfadenopatia e / ou esplenomegalia estão presentes na maioria dos pacientes. É caracterizada na imunofenotipagem pela co-expressão de CD4 e CD56 sem outros marcadores específicos de linhagem. Dada a sua raridade nenhuma abordagem terapêutica padronizada foi estabelecida. O tratamento com um regime semelhante a LLA/Linfoma não Hodgkin é aceitável. **Conclusão:** A NCDPB é uma neoplasia agressiva e, apesar de uma resposta inicial à quimioterapia sistêmica, a doença recidiva regularmente e a sobrevida global mediana é de 12-14 meses. No caso apresentado, a programação terapêutica era a realização de transplante de células hematopoiéticas alogênicas na primeira remissão. Entretanto o desfecho foi óbito na terapia de indução por sepse.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.296>

RELATO DE CASO: MPAL T/MIELÓIDE ASSOCIADO A SARCOMA INFILTRATIVO

JVV Costardi^a, RNS Antunes^a, JR Corrêa^a,
TAS Pereira^b, FPD Santos^c, MM Chaves^d,
MLM Curci^d, JT Fukasawa^e, DC Aguiar^e,
GH Rodrigues^e

^a Hematologia, Santa Casa de Misericórdia de Marília, Marília, SP, Brasil

^b Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), Marília, SP, Brasil

^c Universidade Anhanguera (UNIDERP), Campo Grande, MS, Brasil

^d Fundação de Ensino do Município de Assis (FEMA), Assis, SP, Brasil

^e Laboratório de Citometria de Fluxo, Departamento de Atenção à Saúde em Hemoterapia (DASHEMO),