

através de um amplo painel de marcadores e do sistema de pontuação proposto diagnosticá-los fenotipicamente. A triagem foi realizada com o protocolo Euroflow - tubo 1 para Síndrome Mielodisplásica / Leucemia Mieloide Aguda (LMA) e *Acute Leukemia Orientation Tube* (ALOT). Nos casos 1 e 3 (blastos com expressão fraca ou negativa de HLA-DR e fraca expressão de CD13, CD117), o painel foi estendido para LLA-T. Nos casos 2 e 4 (blastos HLA-DR, CD13 e CD117 positivos), o painel foi estendido para LMA. **Conclusão:** Mesmo marcados com diferentes painéis, os 4 casos foram inequivocamente classificados como ETP-LLA com auxílio do sistema de pontuação, sendo utilizados 45 a 48 marcadores por paciente. Demonstra-se portanto que é possível, e necessário, pela gravidade e pior evolução, diagnosticar as ETP-LLA com os painéis já utilizados habitualmente na rotina dos laboratórios de citometria de fluxo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.319>

ESTUDO RETROSPECTIVO DO FENÓTIPO DAS LEUCEMIAS AGUDAS COM SWITCH DE LINHAGEM NO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA (HEMOSC)

AOM Wagner, MDH Périco, AO Ferri,
FC Delagnello, LC Bortoluzzi, RS Kalfeltz,
PGB Prim

Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa
Catarina (HEMOSC), Florianópolis, SC, Brasil

Objetivos: Descrição de 2 casos de leucemias com Switch de linhagem, diagnosticados no HEMOSC. **Resultados:** Caso 1: 1a5m, amostra de sangue periférico (SP) com 86% de células imaturas (CD45+dim) com sinais de diferenciação a monócitos (CD64+ CD4+ CD36+ CD11b-/+) e aberrância fenotípica (NG2+ CD19-/+ CD123+) - diagnóstico Leucemia Aguda de Linhagem Monocítica. Estudos citogenético e molecular não realizados (indisponíveis no serviço SUS onde a paciente foi tratada). Iniciado protocolo St Jude 2002 – 1 indução e 3 consolidações– doença residual mensurável (DRM) por citometria, de controle após esses ciclos abaixo de 0,1%; 6m após apresentou recidiva isolada em sistema nervoso central (SNC) com 99% de blastos linfoides B (CD45+dim CD19+ CD10-/+ CD22+) e avaliação de medula óssea (MO) negativa. Tratamento substituído por BFM; após 4m 2ª recidiva em SNC, agora associada à recidiva medular com blastos de Leucemia Linfoblástica Aguda B (LLA-B). Protocolo modificado para R3; manteve MO com blastos linfoides B, e SNC variando entre positivo e negativo. Após 1a6m do diagnóstico apresentou troca de linhagem em amostra de MO com 18% de blastos (CD45+dim CD64+ CD15++ CD33++ CD19+dim CD22(-) NG2+), novamente com derivação à linhagem mieloide, e liquor com 70% de blastos linfoides B. Reiniciado protocolo R3 associado a Bortezomib. Após 3m do protocolo seguia com LLA-B em SNC e MO. Óbito por sepse durante nova tentativa de indução. Caso 2: 9m, SP com 82% de células imaturas (CD45-/dim) linfoides B (cyCD79A+ CD19+) com alterações de fenótipo (CD73+ CD304-/+ NG2-/+) - diagnóstico de LLA-B. Cariótipo 46XY [20];

BioMol rearranjo MLL; avaliação SNC: 76% de blastos linfoides B. Iniciado protocolo Interfant - após bloco MARMA DRM 0,02%. Iniciou Blinatumumab com resposta; submetido a TMO Alogênico não aparentado; 4m após recidiva da doença sem resposta a 2 ciclos de Blinatumumab - iniciado protocolo R3+Bortezomib; nesse momento apresentou switch de linhagem com blastos derivando à linhagem monocítica (CD45+dim CD64+ CD15+ CD33+ NG2+) - trocado tratamento para azacitidina e Venetoclax 2 cursos, seguido de terapia com CAR-T cell. Apresentou uma 4ª recidiva com óbito. **Discussão:** Leucemias com switch de linhagem ao longo do tratamento são extremamente raras, mais frequentes na infância e normalmente associadas à presença do rearranjo do KMT2-A. A transdiferenciação é uma forma de reprogramação dos progenitores hematopoiéticos, que passam a apresentar diferenciação a uma linhagem distinta, sendo mais observada a mudança de precursor linfóide B para precursor mieloide. Nos casos apresentados tivemos mudança de linhagem mieloide para linfóide B, primeiramente em SNC e após medular, e no segundo caso switch Linfóide B para Mieloide em MO. **Conclusão:** Apesar da complexidade dos casos descritos, sabe-se que a presença do rearranjo KMT2A está ligada à transdiferenciação das células progenitoras, e pode ser associada à expressão de NG2 nos blastos, marcador detectado por citometria de fluxo. Sendo assim, o estudo molecular das leucemias NG2+ é primordial para a estratificação de gravidade destes pacientes e programação de terapia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.320>

LINFOMA T/NK – RELATO DE CASO

MDH Périco, RF Cardoso, AOM Wagner,
AO Ferri, FC Delagnello, LC Bortoluzzi,
RS Kalfeltz, PGB Prim

Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa
Catarina (HEMOSC), Florianópolis, SC, Brasil

Objetivo: descrever caso de paciente jovem com diagnóstico de Linfoma T/NK. **Resultados:** Masc., 42a, inicia com linfonomegalia cervical e inguinal. Submetido a PET-CT em 28/04/23: linfonomegalias nas regiões inguinais, ilíacas, pericavais, paraaórtica esquerda, retrocraurais, em hilos pulmonares e diversos compartimentos do mediastino, axilares e cervicais, além de hipermetabolismo difuso na medula óssea e esplenomegalia. Realiza biópsia de linfonodo inguinal em 05/05/23 – Imunohistoquímica liberada em 21/05/23 – Células patológicas positivas para BCL2 CD10 CD4 CD5 CD7 CD8 Tdt, KI67+100%, CD3+ difuso, padrão citoplasmático. Evoluiu com piora progressiva do quadro clínico e pancitopenia. Coletado aspirado de medula óssea em 26/05/23 para Imunofenotipagem, apresentando: - 15% de células linfoides T (CD3++) MADURAS (CD45++) POLICLONAIS: . 3,8% CD4+ TCR ALFA/BETA+ (TCRCBETA1+ 50% - REF NORMAL 15 A 85%); . 8,8% CD8 + TCR ALFA/BETA+ (TCRCBETA1+ 20%); . 0,5% CD8+ TCR GAMA/DELTA+; . 1,3% CD4+CD8+ TCR ALFA/BETA+ (TCRCBETA1+ 30%); . 0,6% duplo-negativos: 0,1% TCR ALFA/BETA+ E 0,5% TCR GAMA/DELTA+ - 4,1% de células NK CD56+ CD3(-) CD8-/+ CD4(-); - 11,3% de células linfoides maduras