

exame não disponível para o paciente relatado. O perfil IF demonstra positividade para CD11c, CD19, CD25, CD103 e CD123. A biópsia de medula óssea na LCP costuma apresentar fibrose leve e infiltrado celular difuso. O paciente em questão, apresentava positividade para CD25 e CD103 na IF, quadro clínico e presença de células com fenótipo sugestivo para células pilosas, mas não houve confirmação pela biópsia ou imunofenotipagem. Pela falta de confirmação diagnóstica e pelo hiperesplenismo optou-se pela esplenectomia que resultou no diagnóstico, resolveu a pancitopenia e pode manter uma remissão prolongada da tricoleucemia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.363>

RELATO DE CASO: LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA COM ACOMETIMENTO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL

CE Wiggers, DH Catelli, TB Soares, AA Paz, XPC Huaman, T Callai, EC Weinert, CK Weber

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

Introdução/Objetivo: O SNC é um potencial alvo para complicações relacionadas à LLC, porém tem alto risco de ser negligenciado por baixa associação com sintomas neurológicos. O objetivo é relatar o caso de um paciente com diagnóstico de LLC e lesão expansiva em SNC, bem como a sua resposta ao tratamento instituído. **Métodos:** Revisão de prontuário e literatura. **Relato do caso:** Paciente masculino, 66 anos, diagnóstico de HIV em tratamento regular desde 1996, com carga viral indetectável. Foi encaminhado para avaliação da Hematologia por linfonodomegalias em aumento progressivo com 6 meses de evolução, associado a leucocitose (60.280 com 88% de linfócitos) há 2 anos, também em piora. Sem sintomas B. Ao exame físico, com linfonodomegalias cervicais e supraclaviculares com cerca de 4cm bilateralmente, linfonodos axilares e inguinais com cerca de 10cm de diâmetro e esplenomegalia palpável. A imunofenotipagem de sangue periférico confirmou o diagnóstico de Leucemia Linfocítica Crônica, com posterior painel de mutações com Tp53 e IGVH não mutados. Neste momento, considerando as volumosas linfonodomegalias, o paciente possuía indicação de tratamento, mas devido à rápida progressão da doença foi realizado exame de imagem para descartar evolução para Síndrome de Richter. Primeiro foram realizadas tomografias - pela maior disponibilidade do exame -, que mostrou uma lesão expansiva extra-axial sólida frontoparietal esquerda, sugestiva de implante neoplásico, com efeito de massa e desvio de linha média - confirmada por RNM de crânio -, foi feito também PET-CT e biópsia de um dos linfonodos, ambos concordantes com LLC. O paciente não realizou punção lombar devido ao desvio de linha média e foi avaliado pela neurocirurgia, sem indicação de biópsia pela equipe por ausência de sintomas clínicos. A fim de iniciar o tratamento, como havia acometimento de SNC, optamos por iniciar com quimioterapia (Protocolo MAD - Metotrexate, Citarabina e Dexametasona). Repetimos o exame de imagem após 2 ciclos de tratamento, sem alteração da imagem e, por isso, trocamos a

terapia para iBTK (Ibrutinibe 420 mg/dia), visto a comprovada penetração na barreira hematoencefálica. Repetimos a RNM após completar 2 meses de iBTK e confirmado uma redução significativa da lesão expansiva em SNC, com boa tolerância à terapia e sem sintomas neurológicos. **Discussão:** A LLC é a desordem linfoproliferativa mais comum e, apesar disso, há poucos casos com acometimento de SNC relatados. Tal fato pode ser atribuído ao subdiagnóstico, devido a manifestações inespecíficas e baixa suspeita clínica. Em relação ao prognóstico, parece estar mais associado à evolução da própria LLC do que à localização da lesão. Como não é uma forma muito estudada até o momento, o tratamento é muito heterogêneo e, neste caso em questão, iniciamos com protocolo de QT feito para Linfoma Primário SNC e progredimos posteriormente para o Ibrutinibe tendo em vista a comprovada penetração na barreira hematoencefálica, com bons resultados. **Conclusão:** O acometimento de SNC pela LLC apresenta distintas manifestações, inespecíficas ou assintomática, que o torna subdiagnosticado, com poucas evidências em literatura em relação ao tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.364>

MENINGO-MIELORRADICULOPATIA ASSOCIADA À LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA: RELATO DE CASO

CK Weber, CS Weber, XPC Huamani, T Callai, CE Wiggers, EC Weinert, AA Paz

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

Introdução: A leucemia linfocítica crônica (LLC) é uma das formas de leucemia mais comuns na vida adulta, caracterizando-se por uma doença indolente com proliferação de linfócitos B neoplásicos. É uma doença com grande espectro clínico, desde assintomática, apenas com presença de linfocitose, até com manifestação de citopenias, adenomegalias e infiltração pulmonar, renal e de sistema nervoso central (SNC). **Objetivo:** Descrever a apresentação clínica e o desenvolvimento do caso de uma paciente com infiltração do SNC secundária à LLC atendida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Relato de caso:** Paciente feminina, 58 anos, branca, previamente hipertensa. Realizou diagnóstico de LLC em 2011, aos 47 anos, com histórico de três linhas prévias de tratamento por progressão da doença com fludarabina e ciclofosfamida em 2015, clorambucil e prednisona em 2018, seguido de Ibrutinib iniciado em 2019 com estabilização da doença. Em janeiro de 2023 paciente inicia com parestesia ascendente em membros inferiores, seguido de paresia assimétrica com força grau II em membro inferior esquerdo (MIE) e grau I em membro inferior direito (MID). Em investigação etiológica, realizado punção lombar sendo afastado infecção, com imunofenotipagem do líquido positivo para infiltração de linfócitos B clonais. Ressonância magnética de neuroeixo com espessamento e realce paquimeníngeo em regiões frontoparietais. Diante da progressão da doença com infiltração de SNC, paciente suspendeu uso de ibrutinib e realizou três aplicações de metotrexato, citarabina e