

Contudo, a CBP acima de 50% esteve associada positivamente com o aumento do DCA. Em um estudo realizado em população pediátrica com LA, demonstrou-se que o aumento da carga tumoral, considerado no estudo como o aumento do LDH, esteve associado ao pior desfecho, especialmente com o aumento de chance de eventos infecciosos. A influência positiva no valor do DCA pela carga de blastos no sangue periférico pode ser um marcador desse efeito na população avaliada no nosso estudo. **Conclusão:** Desse modo, é possível concluir que a porcentagem de blastos periféricos obteve significância estatística, juntamente com outras variáveis hematológicas, mas sem relevância isoladamente. Nesse sentido, é possível delinear uma relação desse dado inicial com futuras complicações no tratamento. Devido ao número reduzido de casos, é necessária uma maior quantidade de dados e estudos para se obter uma melhor análise dessas variáveis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.293>

RECAÍDA MUITO TARDIA OU LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA DE NOVO?

R Galli, AC Ronconi, AVCDS Gasparine, MC Guedes, LMC Borges, TDS Baldanzi, LF Soares, EC Nunes, RM Bendlin

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A leucemia promielocítica aguda (LPA) é uma forma rara de leucemia mielóide aguda, associada a uma alta incidência de morte precoce devido à ocorrência frequente de uma diátese hemorrágica abrupta, porém que tornou-se uma doença altamente curável com o tratamento contemporâneo, que consiste em ácido trans-retinóico (ATRA) e quimioterapia à base de antraciclina. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 56 anos, com história de Leucemia Promielocítica Aguda, com diagnóstico em dezembro de 1999, submetido a tratamento de indução com ATRA, seguida por 2 ciclos de consolidação esquema DOM (Doxorrubicina, Vincristina e Mitoxantrona) e manutenção com ciclos quinzenais de ATRA por 1 ano. Entrou em remissão após a consolidação, recebeu alta do acompanhamento ambulatorial no ano de 2010. Portador também de doença ulcerosa péptica em uso de pantoprazol 40 mg/dia. Em agosto de 2020 iniciou quadro de dor em hipogástrio, motivo que o levou a procurar atendimento com médico urologista. Apresentava também queixa de dores ósseas em gradil costal e sangramento fácil ao se barbear. Durante a investigação com exames laboratoriais observou-se a presença de anemia, plaquetopenia e blastos granulares no sangue periférico. Admitido no HCPR em bom estado geral, hidratado, hipocorado 1+/4+, anictérico, sem alterações no exame físico segmentar. Os exames laboratoriais da admissão apresentavam Hb 11,5 g/dL, Ht 34%, Leucócitos $7330 \times 10^9/L$, Neutrófilos de 147, 92% de promielócitos anormais, Plaquetas $68.000 \times 10^9/L$, Tempo de protrombina - Relação normatizada internacional (RNI) 1,53, Tempo de tromboplastina parcial ativada - relação 1,11, Fibrinogênio 115 mg/dL, Desidrogenase láctica 256 U/L, Creatinina 1,11 mg/dL. Submetido à avaliação de medula óssea com mielograma com medula óssea



hipercelular apresentando predomínio de mais de 90% de blastos de tamanho mediano a grande, de formato irregular, núcleos irregulares sendo alguns em halteres, citoplasma abundante intensamente granular, com presença de bastonetes de Auer e Faggot cells (Fig.1). A imunofenotipagem documentou 84,2% de blastos com fenótipo sugestivo de leucemia promielocítica aguda. O cariótipo convencional teve como resultado 46, XY, sendo que quatro metáfases apresentaram material adicional no braço longo do cromossomo 15, provável que seja um derivativo da translocação (15;17). A avaliação por FISH confirmou a translocação (15;17) (Fig 2.). Por apresentar hipocinesia difusa no ecocardiograma trans-torácico, com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 45%, além de dose cumulativa de antracíclicos elevada ($>700 \text{ mg/m}^2$), foi optado por iniciar tratamento com trióxido de arsênio (ATO) 0,15 mg/kg/dia e ácido trans-retinoico (ATRA) 45 mg/ m^2 /dia. Durante a indução, houve necessidade de suspensão do ATRA por 2 dias por síndrome retinóide, com redução de 50% da dose na reintrodução e suspensão do ATO em 2 ocasiões por aumento do intervalo QTc. Observou-se remissão morfológica após indução. Submetido posteriormente à quatro ciclos de consolidação em regime ambulatorial com ATRA + ATO, sem intercorrências. Pesquisa de PML-RAR α indetectável ao término do tratamento. **Conclusão:** Os casos de recaída de LPA correspondem a 10 a 15% segundo dados de literatura, sendo que a maioria acontece nos primeiros anos de seguimento após o tratamento. O tratamento utilizando ATO em associação com ATRA é uma excelente opção terapêutica de resgate para esses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.294>

RECIDIVA DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA) COM ACOMETIMENTO EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC): RELATO DE CASO

IP Santos, BBL Alvarenga, ER Mattos, FFL Queiroz, IMV Melo, LP Queiroz, LGR Barbosa, MRK Higashi

Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP, Brasil

Objetivo: Descrever um caso recidiva de LMA, com acometimento de SNC diagnosticada após um ano de primeira remissão. **Material e métodos:** Relato de caso por meio de coleta de dados do prontuário de paciente atendido e acompanhado no Hospital Amaral Carvalho (HAC). **Resultados:** Paciente, 28 anos, masculino, diagnosticado com LMA sem diferenciação, com risco favorável (Citogenética normal com NPM1 mutado e FLT3 ITD low) em abril/2020. Realizada indução com protocolo 7+3 (Citarabina + Daunorrubicina) e 3 consolidações com citarabina alta dose. Evoluiu com resposta completa e doença residual mínima (DRM) negativa. Em abril/2021, iniciou astenia, perda de peso e cefaleia esporádica, hemograma evidenciando anemia e plaquetopenia com leucocitose (18370 com 5% de blastos). Mielograma com infiltração maciça por células blásticas e citometria de fluxo mostrando o fenótipo inicial. Durante avaliação, evoluiu com diminuição de força em dimídio esquerdo e piora de cefaleia. Ressonância magnética (RM) de crânio: múltiplos nódulos



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 plasmocitóides 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 alogênico 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),