

lymphoblastic leukemia (BCP ALL) samples 238(15.1%) T-cell acute lymphoblastic leukemia (T-ALL) samples, 168(10.6%) AML samples, 120 (7.6%) B and T NHL, 42 (2.6%) mixed lineage acute leukemia (MPAL), 34(2.1%) blastic crisis of chronic myeloid leukemia (CML), 14(0.8%) other mature lymphoid neoplasms. Immunophenotyping showed 311(19.78%) positive results for CSF infiltration. The diagnoses of these patients and their respective frequency were: 156 (50.1%) BCP-ALL, 49 (15.7%) AML, 41(31.1%) T-ALL, 37(11.8%) NHL, 13 (4.1%) blastic crisis of CML, 8 (2.5%) MPAL, 7(2.2%) other mature lymphoid neoplasms. The frequencies of NHL subtypes observed in this cohort were: 16 (1%) Large B Cell Lymphoma, 7(0.44%) Burkitt Lymphoma, 6 (0.39%) Mantle Cell Lymphoma, 5 (0.31%) Adult T-Cell Leukemia-Lymphoma, 1 (0.06%) Marginal Zone Lymphoma, 1 (0.06%) Follicular Lymphoma and 1 (0.06%) Sezary Syndrome. It should be emphasized that among the samples from patients with other mature lymphoid neoplasms, 4 (0.25%) were from patients with Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL), which is an unusual finding. **Discussion:** this study observed that 91% of the samples with CSF infiltration were from patients diagnosed with acute leukemia and blastic crisis of CML. Mature lymphoid neoplasms have a lower frequency of CNS infiltration than acute leukemia, as also reflected in our series. These findings show the importance of an accurate assessment of the CSF for these diseases, because the results influence the choice of the therapeutic modality and intensity to be adopted in the different treatment protocols. **Conclusion:** we demonstrate the ability of immunophenotyping as a robust method for evaluating CSF samples from patients diagnosed with hematologic malignancies.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.752>

DIAGNÓSTICO DE NECROSE MEDULAR POR CITOMETRIA DE FLUXO E MEDULOGRAMA: RELATO DE DOIS CASOS

NA Marcondes^a, BM Spindler^a, LD Olivo^{a,b}, MS Vieira^{a,c}, FB Fernandes^a

^a Laboratório Zanol, Porto Alegre, RS, Brasil

^b Universidade FEEVALE, Nova Hamburgo, RS, Brasil

^c Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Necrose de medula óssea é um diagnóstico infrequente em que há destruição dos tecidos hematopoiéticos em grandes áreas do parênquima medular, sem envolvimento do osso cortical, achados identificados na biópsia de medula óssea (BMO). Representa um diagnóstico complexo e tem sido associado a uma variedade de condições médicas. **Objetivo:** Descrever dois casos de necrose medular inicialmente diagnosticados por imunofenotipagem por citometria de fluxo (ICF) e medulograma e posteriormente confirmados por avaliação de BMO. **Relato de caso 1:** Paciente de 51 anos em tratamento para linfoma de Burkitt, apresentou pancitopenia

após exposição ao fator estimulador de colônias de granulócitos. A medula óssea foi avaliada por suspeita de infiltração neoplásica. A ICF evidenciou distribuição alterada no gráfico de tamanho e complexidade (FSCxSSC) devido ao predomínio de restos celulares e houve ligação inespecífica dos marcadores testados. No medulograma foram identificados muitos restos celulares e nucleares com material amorfo intercelular. A avaliação conjunta dos exames foi compatível com necrose medular, posteriormente confirmada pela BMO. **Relato de caso 2:** Paciente de 71 anos com policitemia vera, apresentou quadro de plaquetopenia, levando a suspeita de progressão para leucemia aguda. Foi realizada coleta de aspirado de medula óssea (AMO) pois a paciente não tinha condições de realizar BMO. A ICF apresentou predomínio de debris e restos celulares e o medulograma evidenciou importante lise celular com aumento de células de aspecto imaturo com nucléolo evidente – achados sugestivos de necrose medular associada a leucemia aguda. Foi realizado novo AMO, confirmando os achados do exame anterior. Posteriormente foi realizada BMO que confirmou o diagnóstico de necrose medular. **Discussão:** A necrose medular é um processo mais frequentemente associado a neoplasias hematológicas e menos comumente a outras causas. O diagnóstico de necrose medular envolve revisão da história clínica do paciente, avaliação morfológica completa da medula óssea e, quando possível, a identificação da causa. A BMO é definitiva, mostrando material amorfo e eosinofílico disperso em espaços extracelulares, células raras com membranas citoplasmáticas mal delimitadas, núcleos irregulares e citoplasma encolhido. **Conclusão:** Apesar de a ICF e a avaliação morfológica pelo medulograma necessitarem de analistas experientes, estes exames podem contribuir para agilizar o diagnóstico de necrose medular, visto que são metodologias com tempo de processamento inferior a avaliação de BMO.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.753>

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B/ LINFOMA DE BURKITT - RELATO DE CASO

I Sousa, BL Scarpato, CMR Franzon, AOM Wagner, ACW Lopes

Laboratório Médico Santa Luzia/DASA, Florianópolis, SC, Brasil

Objetivos: Leucemia Linfoblástica Aguda B (LLA-B) é uma doença onco-hematológica caracterizada pela proliferação de linfoblastos B neoplásicos na medula óssea, sangue periférico e, ocasionalmente, em órgãos linfóides com a maioria dos casos relatados em pacientes pediátricos. O presente estudo relata o caso de um paciente pediátrico com diagnóstico diferencial entre de LLA-B e Leucemia/Linfoma de Burkitt (antiga L3 na classificação da FAB). **Materiais e métodos – relato de caso:** Paciente de 2 anos, sexo masculino, com suspeita de leucose aguda. Foram enviadas amostras de sangue periférico e medula óssea para avaliação imunofenotípica. Os

