

agregar conhecimento em relação as terapêuticas utilizadas e subseqüentes avaliações ao longo do tratamento. **Relato de caso:** Paciente feminino, 26 anos, previamente hígida. Procurou serviço de saúde por cansaço, fadiga e edema de MMII. Associado ao quadro houve surgimento de nódulos subcutâneos em pescoço, couro cabeludo, axilas e membros. Apresentava também lesões tumorais de consistência pétrea em ambos os seios. Ausência de sintomas B, equimoses ou sangramentos espontâneos. Hemograma inicial realizado 2 meses antes da internação demonstrava anemia, porém quando admitida no serviço de hematologia já não demonstrava alteração qualitativa ou quantitativa nas três séries hematopoiéticas. Após realizar biópsia de nódulo em região da mama, análise histopatológica e imunohistoquímica definiu diagnóstico de infiltração subcutânea por neoplasia mieloide. Nova biópsia de nódulo em região do braço demonstrou intensa infiltração por população de células mieloides imaturas. A análise da medula óssea encontrou 6% de células de aspecto imaturo com aspecto morfológico de monoblastos. Quando comparado a população celular do nódulo subcutâneo com a população alterada na medula óssea concluiu-se que se tratava da mesma linhagem celular com os mesmos marcadores fenotípicos (CD38+, CD45+, CD56+, CD4+, CD68+, CD117+, CD123+, HLA-DR+). A citometria de fluxo evidenciou marcação anômala da proteína 7.1 (Ng2) muito forte nas células CD56 e CD4 positivas. A citogenética mostrou cariótipo composto: deleção em 6q, material adicional em 11q e dois marcadores (248,XX,del(6)(q1?),add(11)(q2?),+mar1,+mar2,inc[cp9]/46,XX[7]). Não foi realizada análise molecular. A paciente iniciou tratamento quimioterápico intensivo convencional (7+3) e evoluiu com intercorrências habituais. Ao longo do tratamento percebeu-se rápida redução das lesões cutâneas assim como significativa redução do volume das mamas, permanecendo lesões palpáveis até o término do 1º ciclo de tratamento. **Discussão:** Os casos de sarcoma mieloide descritos na literatura são heterogêneos, com prognósticos diferentes e tratamentos não muito efetivos. Em pacientes com carga tumoral primariamente extramedular existe uma certa dificuldade na interpretação da DRM ao longo do tratamento. Quanto a avaliação por imagem, interpretar o resultado do PET-CT após indução e a posterior decisão de intervenção ainda são um desafio nos casos de SM. **Conclusão:** Este caso ilustra a apresentação clínica heterogênea do sarcoma mieloide com alta carga tumoral extramedular. Esta entidade pode se relacionar a doenças hematológicas distintas e com isso apresentar manifestações clínicas diversas. A avaliação após o tratamento, o papel da DRM e do PET-CT, a dificuldade de avaliação prognóstica e a dificuldade de estabelecer protocolos de tratamento torna o sarcoma mieloide um desafio terapêutico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.323>

SARCOMA MIELOIDE ALEUCÊMICO MULTICÊNTRICO – RELATO DE CASO

DF Nantes^a, ALG Jardim^b

^a Serviço de Hematologia, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil

^b Serviço de Residência Médica em Clínica Médica, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil

Objetivo: Relatar o caso de paciente com Sarcoma Mieloide Aleucêmico Multicêntrico e sua abordagem terapêutica. **Materiais e métodos:** As informações deste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com o paciente, registro de exames e análise medular realizados, além de revisão da literatura. **Resultados:** O paciente foi submetido ao protocolo terapêutico para LMA, realizando indução com Daunorubicina, com regressão dos linfonodos palpáveis. Segue em tratamento com consolidações com HADC, seguindo em remissão de doença e com DRM de medula óssea negativa. **Caso:** Paciente A.S.R, masculino, 39 anos, iniciou quadro de linfonodomegalia cervical com 15 dias de evolução e progressão para regiões axilar e inguinal bilateralmente. Nega outras queixas associadas. É ex etilista de grande monta, ingeria cerca de 2L de destilado durante 17 anos. Cessou há 10 anos. Das alterações ao exame físico, apresentava linfonodomegalia em cadeia cervical anterior direita, cervical posterior esquerda, axilar e inguinal bilateralmente, com 4cm de diâmetro, fibroelásticos, pouco aderidos a planos profundos, sem sinais flogísticos associados. Nas tomografias de estadiamento, apresentava linfonodomegalias difusas, cervicais, axilares e inguinais bilaterais, retroperitoniais, sem acometimento de órgão sólido. Mielograma e imunofenotipagem de medula óssea não apresentavam células anômalas linfoides T, B, NK ou blastos, com apenas 19% de monócitos maduros na amostra. Realizada biópsia excisional de linfonodo inguinal com os achados anatomopatológicos compatíveis com Neoplasia Mieloide e imunohistoquímica concluindo o diagnóstico de sarcoma mieloide. **Discussão:** O termo Sarcoma Mieloide (SM) foi introduzido pela OMS em 2008 na classificação das neoplasias hematológicas. Consiste em uma proliferação extramedular de blastos de linhagem mieloide, substituindo a arquitetura do tecido original. Em geral, está associada a pacientes com LMA ativa, porém em casos raros pode se manifestar sem acometimento medular. Em vigência do diagnóstico, é mandatória análise medular com mielograma, imunofenotipagem e biópsia de medula óssea afim de avaliação medular. A imunohistoquímica é ideal para o diagnóstico correto, sendo os principais marcadores: MPO, CD33, CD34, CD4, CD68, com alto índice ki-67 com negatividade do CD20, além de análise citogenética tendo como alterações mais comuns a monossomia do 7, trissomia do 8 e inv(16). O estadiamento do SM é através de exames de imagem, sendo o PET-TC o exame de maior especificidade e sensibilidade. O SM deve ser tratado com terapia sistêmica pelo risco de progressão para LMA quando realizada terapia local. Sabe-se que o uso de esquemas quimioterápicos de tratamento de LMA (Antracíclicos com Citarabina) durante a indução da remissão, aumentou a sobrevida livre de progressão para LMA. O transplante de medula óssea alogênico ainda é incerto, mas tendo em vista resultados satisfatórios, o transplante é uma opção terapêutica que a ser considerada em paciente recidivados e com boa performance status em primeira remissão. **Conclusão:** O Sarcoma Mieloide pode ou não estar relacionada a LMA, sendo sua forma isolada uma entidade rara que ainda carece de estudos. Seu tratamento segue

vertentes do tratamento de LMA, sendo a terapia sistêmica sua primeira opção. Estudos com relação ao transplante de medula óssea ainda são escassos, porém os pacientes apresentam resultados satisfatórios e devem ser considerados em pacientes recidivados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.324>

UM RARO CASO DE MUDANÇA DE LINHAGEM DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA PARA LEUCEMIA DE LINHAGEM AMBIGUA B/ MIELOIDE

JMC Cabral^a, JC Oliveira^a, LHA Ramos^b, FZ Piaza^b, RS Vasconcelos^b

^a Instituto de Câncer de Brasília (ICB), Brasília, DF, Brasil

^b Centro de Câncer de Brasília (Cetro), Brasília, DF, Brasil

Objetivos: Descrever um caso raro de leucemia mieloide aguda (LMA) que apresentou recaída como leucemia aguda de linhagem ambígua (LALA) linfóide B/mieloide. **Relato de caso:** Masculino, 56 anos, diagnosticado com LMA com inv(16) (p13.1q22) em setembro de 2020. As células blásticas apresentavam o seguinte fenótipo: CD13+, CD33+, CD34+, CD44+, CD96+, CD18 fraco, CD38 fraco, CD45 fraco, CD133 fraco e HLA-DR fraco. A pesquisa de mutação do FLT3 foi negativa. Realizou tratamento de indução com o protocolo D3A7, alcançando remissão citomorfológica (RCM) e doença residual mensurável (DRM) por citometria de fluxo (CMF) negativa. Recebeu 3 ciclos de consolidação com citarabina em altas doses. Três meses após, repetiu-se a avaliação medular, que demonstrou DRM por CMF positiva (0,16% de blastos com fenótipo semelhante ao inicial). Entretanto, a positividade da DRM não foi confirmada após repetição. Em novembro de 2021, o paciente evoluiu com recaída da leucemia. A imunofenotipagem de sangue periférico demonstrou duas populações de blastos: a primeira (55,43% das células) expressava CD13, CD18 fraco, CD19 parcial, CD22 parcial, CD33, CD34, CD38, CD44, CD45 fraco, CD54 forte, CD71, CD81 fraco, cCD79a parcial, CD96, CD97, CD99, CD117, HLA-DR, MPO e nTdT; a segunda (6,30%) expressava CD13, CD18 fraco, CD33, CD38 forte, CD44 fraco, CD45 fraco, CD54, CD71, CD81 fraco, CD96, CD97, CD99, CD117 e MPO, sem expressão de HLA-DR. Portanto, o quadro foi compatível com o diagnóstico de LALA Linfóide B/Mieloide. Novamente, a pesquisa de FLT3 foi negativa. Foi submetido a tratamento de resgate com Dauno-FLAG associado à venetoclax. Após, atingiu RCM, porém manteve baixo nível de DRM positiva (0,11% de blastos), a qual negatizou após um ciclo de citarabina em altas doses. Em junho de 2022, realizou transplante alogênico de medula óssea (AloTMO) haploidentico. O condicionamento proposto foi o CyFluTBI, e a profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro deu-se com ciclofosfamida no D+3 e D+4, ciclosporina e micofenolato. Apresentou pega medular no D+17. Atualmente, segue em RCM e DRM negativa. **Discussão:** O mecanismo preciso da mudança de linhagem em casos de leucemia aguda é pouco conhecido. Pode surgir de novo clone

leucêmico ou advir da alta plasticidade do clone original, em que alterações fenotípicas podem ser observadas com ou sem alterações no genótipo. A LALA é responsável por 2-4% de todos os casos de leucemia aguda e possui um prognóstico adverso. Tradicionalmente, o diagnóstico e classificação é feito através da imunofenotipagem, em que se identifica a expressão de marcadores específicos de linhagem em uma única população blástica ou se encontram duas ou mais populações de linhagens distintas. Recentemente, anormalidades cromossômicas e rearranjos gênicos foram adicionados às definições da Organização Mundial de Saúde (2022). A estratégia terapêutica nesse contexto ainda é tema de debate. Como a duração da resposta é geralmente curta, a maioria dos guidelines indica o AloTMO, independentemente da abordagem inicial. **Conclusão:** Conversões da linhagem de células leucêmicas durante o curso da doença são raras. A maioria dos dados encontrados na literatura descreve uma mudança de leucemia linfoblástica aguda B para LMA ou vice-versa. Contudo, a mudança de LMA para LALA linfóide B/mieloide parece extremamente rara, o que denota a importância desse relato.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.325>

BLINATUMOMAB NA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA-B EM CONTEXTO DE PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: EXPERIÊNCIA DE DOIS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA

ML Puls, RL Silva, PA Fernandes, LAC Leite, GG Fabbion, JN Cavalcante, MCMA Macedo

Hospital Nove de Julho (H9J), São Paulo, São Paulo, Brasil

Objetivos: Descrever a experiência do uso de blinatumomab no contexto de leucemia linfóide aguda da linhagem-B (LLA-B) pós-transplante alogênico de células tronco-hematopoieticas (aloTCTH). **Material e métodos:** Análise observacional, descritiva e retrospectiva de série de casos, realizado através da coleta de dados em prontuário eletrônico de pacientes com LLA-B que fizeram uso de blinatumomab pós-aloTCTH em duas instituições, referências em Hematologia no estado de São Paulo. Dados comparados com os disponíveis na literatura especializada via MedLine (acessada por PubMed). **Resultados:** 6 pacientes com LLA-B foram incluídos neste estudo. Extremos etários de 14 a 65 anos, 4 femininas e 2 masculinos. 2/6 com cromossomo Filadélfia (Ph) positivo. Por ocasião do aloTCTH, 2/6 pacientes estavam em 1ª remissão clínica (RC) em doença residual mínima (DRM) negativa, 3/6 em 2ª RC DRM negativa e 1/6 estava em 3ª RC DRM positiva (2º aloTCTH). Foi utilizado blinatumomab em 2/6 casos previamente ao aloTCTH como estratégia para obtenção de RC. Os condicionamentos foram mieloablativos em 5/6 pacientes e o condicionamento de intensidade intermediária (RIC) foi usado em um caso para 2º aloTCTH. 4/6 aloTCTHs foram haploidenticos (com ciclofosfamida pós) e 2/6 aparentados compatíveis. Condicionamentos usados: 2/6 – FluTBI; 1/6 – CyTBI; 2/6 – FluBu; 1/6 – FluBuTBI200. As recaídas ocorreram nos períodos D+40,