

“Doença Linfoproliferativa Crônica B Biclinal: Tricoleucemia e Linfoma Linfocítico/Linfocitose B Monoclonal – tipo LLC”. **Conclusão:** Não é frequente a detecção de clones linfóides B distintos em uma única amostra. Para a população 1, o fenótipo foi específico de Tricoleucemia. Vale lembrar que tricoleucemia entra no diagnóstico diferencial de linfoproliferações crônicas B CD10 positivas, já que este marcador pode estar presente em cerca de 10% dos casos. Ainda é válido considerar que nesses casos pode haver discrepância entre a porcentagem de células anômalas obtidas na citometria em comparação com o mielograma, visto que costuma ocorrer hemodiluição nas amostras de portadores de tricoleucemia devido intensa fibrose medular. Para a população 2, apesar do imunofenótipo descrito ser compatível com LLC, não havia descrição de linfocitose B persistente monoclonal $> 5.000/\text{mm}^3$. Portanto, seguindo critérios OMS-2016, o diagnóstico mais acurado seria Linfoma Linfocítico, caso o paciente apresentasse linfonodomegalias, ou caso contrário, Linfocitose B Monoclonal tipo LLC, necessitando de correlação clínica para esta distinção.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.03.016>

LINFOMA/LEUKEMIA DE BURKITT APRESENTANDO SUBCLONES

Patrícia Gama, Tayana Mello,
Rafaela M.S. Araújo, Maria Rafaela M.B. Silva,
Ana Paula F. Dametto, Fernanda G.P. Cunha,
Irene Lorand-Metze

Hospital Mário Gatti, Laboratório Sollutio,
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil

A LLA L3 (ou de células de Burkitt) tem sido definida com forma leucêmica do linfoma de Burkitt na classificação atual da OMS. É uma neoplasia associada à presença do EBV, e recentemente alguns trabalhos têm mostrado que o vírus pode modular expressões fenotípicas e genotípicas diferentes nas células tumorais. Apresentamos um caso da forma leucêmica do linfoma de Burkitt, que apresentou 2 subclones genotipicamente relacionados. Paciente masculino, 49 anos. Trauma torácico há 3 dias sem fratura. Ao exame físico, mucosas descoradas ++ e esplenomegalia (5 cm). LDH 2.669 U, ácido úrico 8,79 mg, Creatinina 1,27. No CT abdominal baço com 180 mm no maior eixo. Índice esplênico 1728 (nl < 480). Ausência de linfonodomegalias. CT de tórax normal. Sorologia para HIV negativa. Hb 7,7 g/L, Leuco $12,4 \times 10^9/\text{L}$, Blastos 40% Plaquetas $17 \times 10^9/\text{L}$. Blastos com morfologia de linfoma de Burkitt. Na imunofenotipagem (plataforma de 8 cores – Euroflow) foram detectadas 2 populações linfóides. Uma delas teve fenótipo: CD45^{parcial}, CD19⁺, CD20⁺, CD38⁺, CD10^{parcial}, CD79b⁺, CD43^{parcial}, IgM kappa (citoplasma e superfície). Negativa para CD34 e TdT. A outra foi CD45⁺⁺, CD19⁺⁺, CD20⁺, CD38^{negativo}, CD10^{negativo}, CD79b, CD43^{negativo}, IgM kappa (superfície). Negativa para CD34 e TdT. A biópsia de medula estava difusamente infiltrada (90%) por células de tamanho médio. Na imunohistoquímica positividade para: CD20, CD79a, CD10, c-Myc, MUM

1, PAX-5, bcl-6, Ki67+ 95%. O paciente em tratamento desde há um mês com boa resposta.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.03.017>

INFILTRAÇÃO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL POR CÉLULAS PLASMÁTICAS EM PACIENTE SEM COMPROVAÇÃO DE MIELOMA MÚLTIPLO – RELATO DE CASO

Ana Paula de Azambuja,
Tatiana D. Scobel Balzani,
Marina Couto Guedes,
Ana Vitoria Cassis Santos Gasparine,
Felipe Patricio, Elenaide Coutinho Nunes,
Caroline Bonamin Sola

Serviços de Hematologia e Citometria de Fluxo do
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do
Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Objetivo: Descrever um caso de infiltração do sistema nervoso central por células plasmáticas clonais em paciente sem comprovação de mieloma múltiplo (MM). **Caso clínico:** paciente masculino, 52 anos, referia cefaleia holocraniana contínua e náuseas há dois meses, associado a alteração de marcha e diminuição da acuidade visual progressiva há duas semanas. De história pregressa tinha diagnóstico de câncer de reto tratado cirurgicamente, e HIV positivo em tratamento com terapia antiretroviral, com carga viral não detectada e CD4 abaixo de 500 (223/uL). Ao exame físico apresentava pupilas midriáticas com amaurose reduzida à esquerda e paralisia de nervo abducente, parestesia em membros superiores com dismetria e disdiadococinesia bilateral e diminuição de força muscular em membros superiores e inferiores, além de ataxia de marcha. Restante do exame sem alterações, Glasgow 15, sem rigidez de nuca. Exames de imagem (TAC e RNM crânio) mostravam lesões de aspecto infiltrativo em leptomeninges, mais evidentes no lobo parietal direito. Exames complementares: hemograma com Hb 12,1g/dl, VG 32,6%, Leucócitos 5410 com 3787 neutrófilos e 974 linfócitos, Plaquetas 220.000; função hepática e renal normais. Foram realizadas 5 punções líquóricas com finalidade de diminuição de pressão intracraniana (que variava de 60 a 104 na abertura e 50 a 18 no fechamento). A citologia do líquor mostrou aumento dos leucócitos (63/uL) com 76% de células plasmáticas e 21% de linfócitos, glicose 56 e proteína 55. O exame de imunofenotipagem por citometria de fluxo confirmou a presença da população de plasmócitos de fenótipo anormal (CD38⁺⁺, CD56⁺⁺, CD45 fraco, CD117^{-/+}) e clonal (restrição de cadeia Lambda). Todos as amostras de líquor foram negativas para antígenos tuberculose, criptococose, micológico direto, cultura BAAR, cultura de fungos e cultura de germes comuns. Os PCRs para meningite, HSV, HSV1, HSV2, ENTEROVÍRUS, VZV e CAX-UMBA foram NÃO DETECTADOS, e o VDRL não reagente. A eletroforese de proteínas de sangue foi normal, com ausência de proteína monoclonal, assim como a imunofixação sérica e urinária. As dosagens de imunoglobulina eram normais, já a beta2 microglobulina estava alta 2771. Mielograma e imunofenotipagem da medula óssea não apresentavam população de