

subjective impressions by these investigators that other B-cell antigens such as CD22, CD24 and cyCD79a brings more confidence to analyze B-cell ALL MRD samples from patients treated with anti-CD19 therapy, for this studied cohort, we did not find difference on the results of MRD with the standard EuroFlow panel and the alternative panel. **Conclusion:** No difference was found on the MRD detection with the standard EUFOLOW panel and the alternative panel. Although introduction of CD22, and CD24 markers, with 8 colors strategy, it was not advantageous. Using 8 colors strategy, it may be recommended to investigate the comparative financial impact of the EuroFlow, and the alternative panel in the context of Blinatumomab therapy.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1074>

LEUCEMIA AGUDA INDIFERENCIADA

MP Beltrame, F Fava, MFC Hoffmann,
JVB Siqueira, CO Pereira, GC Sanches,
MLLC Brito, RPO Silva, RC Coelho,
MAD Pianoski

Hospital Erastinho, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A Leucemia Aguda Indiferenciada (LAI) é caracterizada pela proliferação clonal de células hematopoiéticas primitivas, por definição, não possui marcadores específicos de linhagem linfóide ou mieloide sendo necessário excluir leucemias de linhagens incomuns como as de células dendríticas plasmóides, células NK, basófilos ou mesmo tumores não hematopoiéticos. Portanto o diagnóstico de LAI pode ser complexo e requerer outras análises além da imuno fenotipagem convencional. Dada sua raridade, pouco se sabe sobre sua incidência, sobrevida e manejo ideal. Os pacientes apresentam leucocitose, anemia, contagem variável de plaquetas e uma variedade de sintomas inespecíficos relacionados à hematopoese ineficaz (fadiga, sangramento e hematomas, infecções recorrentes, dor óssea) e/ou envolvimento de locais extramedulares (linfadenopatia, esplenomegalia, hepatomegalia). **Relato de caso:** Paciente masculino, 7 anos, astenia, 4 dias com febrícula, perda ponderal de 2 Kg. Hemograma externo: Hb: 7,4g/dL; VCM: 77,8fL (2% eritroblastos). Leuco: 4.000 uL; Neutro: 1.080 uL; Plaquetas: 13.000 uL. Exame Físico: Presença de linfonodos palpáveis em cadeia cervical anterior, posterior e supraclaviculares, móveis, fibroelásticos, < 1 cm, baço a 4 cm da borda costal esquerda; fígado a 6 cm da borda costal direita. Exames na admissão: Hb: 10,0 g/dL; VCM 80 fL; Leuco: 4.320 uL; Linf.: 1.666 mm³; Neutro: 648 uL; Blastos: 58,0%; Plt: 38.000 uL. Ferritina: 431 ng/mL; LDH: 269U/L; VHS: 50 mm. Medula óssea com celularidade diminuída, com presença de 55% de blastos de difícil diferenciação morfológica. Alguns blastos de tamanho pequeno e formato regular; núcleo ocupando quase todo o citoplasma, de cromatina frouxa e heterogênea sem nucléolo evidente; outros de tamanho mediano, formato regular; núcleo de formato irregular com cromatina frouxa e heterogênea por vezes com um nucléolo evidente; citoplasma escasso levemente basofílico e finamente granular. A Citometria de Fluxo mostrou no aspirado da MO 58,8% de blastos e

na biópsia 67,0%. Positividade para: TdT-/+ nuclear (31,0%), CD15-/+ (58,0%), CD19+/+ heterogêneo, CD24+/+ (50,5%), CD33-/+ (26,6%), CD38++, CD45+/+ (34,0%), CD123-/+ (40,0%), HLA-DR+/+ heterogêneo, NG2 (proteína 7,1)+/+ e negatividade para antígenos citoplasmáticos MPO, CD79, CD22, CD3, IgM e antígenos de membrana: CD3, CD7, CD10, CD11b, CD11c, CD13, CD16, CD22, CD34, CD35, CD36, CD41, CD42a, CD42b, CD56, CD61, CD64, CD105, CD117, IgM, IREM-2. Citogenética: 47, XY, +14/46, XY. Molecular: KMT2A-AFF1 por PCR Inconclusiva. ETV6-RUNX1: Negativo. FISH: KMT2A-AFF1 positivo, BCR:ABL negativo. As alterações cromossomo 10, 17,4 negativas. LCR sem infiltração. O paciente iniciou tratamento com protocolo GBTLI 2021, alto risco, e a Pesquisa de DRM D19 e D49 foram negativas. Técnica lise total Euroflow Positividade: CDD19, CD20, CD22, CD45, CD81, HLA-DR. Negatividade: CD10, CD15, CD34, CD38, CD66c/CD123, NG2 (proteína 7,1). LOD (limit of detection): 0,00086%. LLOQ (lower limit of quantification): 0,0021% e LOD: 0,0017% LLOQ: 0,0045% respectivamente. **Conclusão:** Descrevemos um caso de leucemia aguda sem marcadores definidoras de linhagem. O prognóstico da AUL é geralmente ruim, mas tem melhorado ao longo do tempo. A imuno fenotipagem por Citometria de Fluxo Multiparamétrica (CFM) tornou-se uma ferramenta importante no manejo clínico das neoplasias hematológicas, tanto para fins de diagnóstico quanto de monitoramento (Doença Residual Mensurável – DRM).

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1075>

PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA: DESAFIO DIAGNÓSTICO NA PEDIATRIA

NS Nakata, LMG Coelho, GS Rodrigues,
CSD Santos, MGG Zanata, FM Barbosa,
SM Luporini, DE Fujimot, P Bruniera,
ML Borsato

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São
Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A incidência mundial da Purpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) é de 3 casos/1.000.000 adultos/ano, sendo ainda mais raro em crianças. A PTT é mais prevalente em mulheres, com média de idade de 40 anos e sua mortalidade é alta se não identificada e tratada precocemente. **Objetivos:** Relatar um caso de PTT em paciente jovem, com faixa etária atípica para esta doença, demonstrando a importância do diagnóstico precoce para a melhora no desfecho clínico. **Relato do caso:** Paciente de 13 anos, sexo feminino, previamente hígida, foi trazida ao pronto socorro devido à crise convulsiva tônico clônica. Na história pregressa, paciente com relato de febre, cefaleia holocraniana de forte intensidade, petéquias e equimoses em tronco e membros inferiores há 5 dias, com evolução para hemiparestesia a direita, seguida de hemiplegia e afasia. Inicialmente, pelo quadro neurológico agudo e febril, realizado suspeita de meningoencefalite e introduzida antibioticoterapia. Contudo, exames admissionais não foram sugestivos de infecção, evidenciando anemia e plaquetopenia de 11 mil. Solicitada então investigação com equipe de hematologia pediátrica. Paciente com Coombs