

medula óssea consistente com presença de 23% de células mieloides imaturas de tamanho e complexidade interna intermediários com perfil imunofenotípico demonstrando o perfil CD45±, CD117++, cyMPO+, CD7-/+ (50%) heterogêneo, CD13-/+ (16,5%), CD33-/, CD36++, CD71++, CD105+, compatível com leucemia mieloide aguda com diferenciação eritróide. O cariótipo apresentava alterações complexas, com presença de del5q, monossomia do 9 e do 18, além de poliploidia. Optado por tratamento com Citarabina Low Dose. **Discussão:** LMA relacionada à mielodisplasia é uma entidade caracterizada pela presença de mais de 20% de blastos em associação a alterações moleculares e/ou citogenéticas (presença de cariótipo complexo ou alterações genéticas recorrentes definidoras de classe) especificamente atreladas às neoplasias mielodisplásicas. A LEP, por sua vez, é definida nos critérios da OMS quando presentes mais de 80% de precursores eritroides na medula e mais de 30% de proeritroblastos. Corresponde a cerca de 1% de todos os casos de LMA. A sua prevalência parece ser maior em homens e na sétima década de vida. Caracteriza-se à imunofenotipagem pela positividade de CD36 e CD71. É esperada a negatividade de CD34 e HLA-DR, enquanto CD117 e E-caderina geralmente apresentam expressão positiva ou parcial. Morfológicamente, os blastos são tipicamente grandes e redondos, com nucléolos proeminentes e com citoplasma profundamente basofílico, na presença de vacuolização e carência de grânulos. São comuns alterações citogenéticas como as deleções do 5q, 7q e 17p e cariótipo complexo, bem como alterações bialélicas do TP53. **Conclusão:** Ao se analisar o caso, estabelece-se o diagnóstico de LMA relacionada à mielodisplasia com blastos com diferenciação eritróide, a qual é notada tanto pela imunofenotipagem, quanto pelo padrão morfológico visualizado ao mielograma, mas não havendo critérios para se considerar a hipótese de uma leucemia eritróide.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.705>

RELATO DE CASO: APRESENTAÇÃO SIMULTÂNEA DE MIELOMA MÚLTIPLO E LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

WWF Costa, RL Uliano, GG Heck, MM Dias,
MG Duarte, JF Lopes, BL Souza, ACB Bomfim,
MB Catto, MJS Vasconcelos

Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP,
Brasil

Objetivo: Descrever rara apresentação clínica de Mieloma Múltiplo (MM) simultânea à Leucemia Mieloide Aguda (LMA). **Relato de caso:** Mulher, 54 anos, previamente hipertensa e com transtorno de ansiedade. Encaminhada ao HCFMRP-USP por sintomas constitucionais iniciado há três meses e citopenias – anemia e neutropenia. Ao exame físico, presença de equimoses em membros. Exames admissionais evidenciaram anemia (Hb 8,7 mg/dL), neutropenia (100 neutrófilos/ μ L) e contagem plaquetária normal (146.000 plaquetas/ μ L). Eletroforese de proteínas séricas com pico monoclonal, sem lesões de órgão alvo. Mielograma destituída de fragmentos ósseos, com relação L:E de 99:1, série vermelha hipocelular com

presença de Rouleaux eritrocitário, série branca normocelular com parada de maturação, com 47% de blastos de tamanho pequeno a intermediário, alta relação núcleo-citoplasma, núcleo com cromatina frouxa, com 1-2 nucléolos visíveis, citoplasma basofílico e agranular e série megacariocítica ausente. Coloração para mieloperoxidase e esterase positiva. Imunofenotipagem demonstrou três populações imaturas com os seguintes imunofenótipos: P1: CD45DIM, CD117+, CD34+, CD33V, HLA-DR+, CD 14-, CD11B-, CD300-, CD64- (11,36%); P2: CD45+, CD117-, CD34-, CD33HI, HLA-DR+, CD 14+, CD11B+, CD300+, CD64+ (37,7%); P3: CD45-, CD117+, CD34+, CD33-, HLA-DR+, CD 14-, CD11B- (1,41%). Cariótipo de medula óssea 46,XX[16]. Biologia molecular negativa para NPM1, FLT3, mutação bzip in-frame CEBPA, RUNX1::RUNX1T1 E CBFb::MYH11. Biópsia de medula óssea evidenciou discreta hiperplasia com população plasmocitária clonal de 15% com expressão lambda, além da presença de população imatura TDT+. Visto citopenias atribuídas a Leucemia Mieloide Aguda dado diagnóstico de Mieloma Múltiplo Indolente. Iniciado tratamento para Leucemia Mieloide Aguda, NOS, com esquema de indução de remissão 3+7 (daunorubicina e citarabina). Optado por proceder com transplante de medula óssea (TMO) alogênico. Segue aguardando sequenciamento de nova geração. **Discussão:** A Leucemia Mieloide Aguda e o Mieloma Múltiplo são doenças hematológicas que podem coexistir no mesmo paciente, no entanto, tal combinação é extremamente rara e possuem origens e características distintas. O objetivo deste relato de caso é instigar uma investigação e melhor compreensão desses eventos. A ocorrência de neoplasias hematológicas síncronas é evento raro, e de maior raridade em pacientes sem tratamento quimioterápico prévio. O melhor conhecimento de características genéticas comuns pode contribuir para uma adequada decisão terapêutica e prognóstica. Neste relato optou-se inicialmente por tratamento apenas da LMA por entender que se tratava de MM indolente. No entanto, realizado posteriormente TMO alogênico com potencial curativo para ambas as neoplasias. **Conclusão:** O relato objetiva descrever o diagnóstico simultâneo de Leucemia Mieloide Aguda e Mieloma Múltiplo, um evento raro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.706>

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA E TUBERCULOSE GANGLIONAR EM PACIENTE QUE VIVE COM HIV: RELATO DE CASO

GBGM Pereira, C Cralcev, JPCM Gomes,
MB Spadoni, VA Rocha, PVR Barbosa, AV Jesus,
TV Pereira, BKL Duarte

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Descrever o caso clínico de paciente que vive com HIV (PVHIV) cuja investigação de linfonodomegalias e bicitopenia, resultou nos diagnósticos de tuberculose ganglionar e leucemia mieloide aguda (LMA). Há o propósito de evidenciar a possibilidade de coexistência de tais patologias, sendo importante sua consideração. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo do tipo relato de caso, cujos dados clínicos são

provenientes da realização de revisão de prontuário e a discussão através de revisão da literatura. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino de 54 anos, com diagnóstico de HIV desde 2005, com carga viral indetectável, e CD4 de 215. Iniciou em março de 2024, febre vespertina diária, tosse seca, perda de 6kg em 1 mês, linfonodomegalias, lesões cutâneas em membros inferiores, além de anemia normocrômica e normocítica, sem sangramentos. Em investigação, através da biópsia de linfonodo, realizado diagnóstico de tuberculose ganglionar, iniciado tratamento com esquema RIPE. Durante internação, identificada bicitopenia (anemia e neutropenia), sendo realizado um estudo medular com diagnóstico de leucemia mieloide aguda de risco desfavorável (presença de cariótipo complexo), e optado por iniciar indução com esquema 3+7 (citarabina e daunorrubicina), concomitante ao tratamento de tuberculose. Evoluiu com piora progressiva, com a presença de disfunção hepática e respiratória, sendo necessário aumento prosseguir com suporte intensivo. A despeito de medidas clínicas otimizadas, a paciente foi a óbito por choque séptico por *Magnusiomyces capitatus* (*Geotrichum capitatum*). **Discussão:** A infecção crônica pelo vírus do HIV, mesmo que com adequado tratamento e controle com as medicações anti-retrovirais (TARV), pode acarretar em aumento de neoplasias não definidoras da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA); neste contexto, há de se considerar a possibilidade de desenvolvimento de leucemia mieloide aguda. Não há consenso na literatura se o risco é maior que a população em geral, no entanto, com o envelhecimento da PVHIV, principalmente associado a efetividade dos tratamentos, tem-se evidenciado maior número de casos de LMA nessa população. Além disso, é conhecido que o processo inflamatório proporcionado pela doença viral pode contribuir para a regulação e proliferação das células leucêmicas. Ademais, é importante ressaltar que durante o tratamento quimioterápico não há indicação de suspender terapia anti-retroviral, sendo importante inclusive para favorecer reconstituição imune. **Conclusão:** Na população de PVHIV em que há a presença de citopenias e/ou linfonodomegalias, devemos considerar, entre os diagnósticos diferenciais, mesmo em pacientes com infecções oportunistas, a possibilidade de neoplasias não definidoras de SIDA, entre elas a LMA. Apesar dos tratamentos disponíveis para LMA serem viáveis e seguros para essa população, os resultados de sobrevida ainda são insatisfatórios e chamam a atenção sobre a necessidade de aperfeiçoar novos tratamentos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.707>

RELATO DE CASO: LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS B COM PRESENÇA DE PANCITOPENIA E AUMENTO DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)

LM Lorenzini^a, GCL Bellini^a, AC Molon^a,
E Thomé^a, GS Schramm^a, FL Silva^b,
H Umpierre-Pedroso^{a,b}

^a Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

^b Hospital Geral de Caxias do Sul (HGCS), Caxias do Sul, RS, Brasil

Introdução: A leucemia linfoblástica aguda (LLA) é a neoplasia hematológica mais comum da infância, em que a apresentação clínica pode ser insidiosa e variada, frequentemente mimetizando outras condições, dificultando seu diagnóstico precoce. As repercussões clínicas são amplas, portanto, é importante reconhecer e estar ciente acerca destas. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com leucemia linfoblástica aguda de células B com pancitopenia e aumento de hormônio tireoestimulante. **Relato de caso:** Paciente feminina, 3 anos, encaminhada ao Hospital Geral de Caxias do Sul, com queixa de cansaço, palidez cutânea e tosse produtiva há 15 dias. Exames iniciais: hemoglobina 3,9 g/dL, hematócrito 11,6% e plaquetas 16.000/mm³. Ultrassonografia mostrou linfonodos proeminentes nas cadeias cervicais bilaterais. Novos exames laboratoriais revelaram hemoglobina 6,7 g/dL, hematócrito 19,4%, leucócitos 2540/mm³ e plaquetas 13.000/mm³. O TSH estava em 18,42 μ IU/mL e o T4 livre em 2,02 ng/dL, com impressão de pancitopenia com TSH aumentado e T4 livre levemente aumentado. Iniciou-se levotiroxina 42 mcg, cojitando a hipótese de pancitopenia por hipotireoidismo ou infiltração medular. O estudo da medula óssea identificou 14,8% de células B imaturas, com imunofenótipo anormal, compatíveis com LLA B. Foi utilizado o protocolo BFM ALL 2009. O TSH elevou-se para 51 μ IU/mL, diminuindo para 20,930 μ IU/mL e posteriormente para 4,83 μ IU/mL cinco dias depois. Paciente realizou reposição de levotiroxina até normalização do TSH, atingiu remissão da doença e segue tratamento poliquimioterápico. **Discussão:** A LLA é uma neoplasia agressiva que pode ser de células B ou T, sendo a forma mais comum de câncer pediátrico. Os achados de apresentação mais comuns associados à LLA são inespecíficos e podem ser difíceis de distinguir de doenças comuns e autolimitadas da infância. Entretanto, os achados clínicos mais comuns são: hepatomegalia, linfadenopatia, febre e anormalidades hematológicas. Neste último, as manifestações mais comuns são: plaquetopenia no diagnóstico e anemia, além de leucocitose. Além disso, pode haver infiltração dos tecidos pelos blastos, causando disfunção orgânica. O tratamento da LLA é prolongado e é fundamentado em quimioterapia. Os protocolos modernos invariavelmente são constituídos de indução, intensificação, consolidação, reindução e manutenção, bem como prevenção da leucemia no sistema nervoso central e continuação ou manutenção da remissão. **Conclusão:** Altos níveis de TSH em uma paciente com LLA é um achado digno de nota, uma vez que não é frequentemente observado na prática clínica. Embora a elevação do TSH possa ser interpretada como uma disfunção tireoidiana primária, no contexto desta paciente, pode refletir uma manifestação secundária da infiltração por blastos leucêmicos, que pode comprometer a função tireoidiana e alterar o perfil hormonal. A normalização dos níveis de TSH após o tratamento com levotiroxina e a introdução do protocolo BFM ALL 2009 indicam que as alterações tireoidianas podem ser atribuídas à doença hematológica. Portanto, a compreensão dessa associação entre LLA e alterações na função tireoidiana é crucial para o manejo adequado dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.708>