

globais no acesso à tecnologia. Portanto, entende-se que a digitalização da citometria de fluxo representa um avanço estratégico, com potencial para refinar a acurácia diagnóstica, descobrir novos biomarcadores e customizar terapias. Para que esse progresso se concretize de forma segura e equitativa, é necessário o investimento em capacitação profissional, a criação de diretrizes regulatórias claras e o fomento a uma infraestrutura digital acessível no contexto hematológico global.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104333>

ID - 1405

LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA AGUDA E MONOCLONALIDADE B CD5+: ACHADO ATÍPICO EM ESTUDO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

MRRB Silva ^a, RFC Rodrigues ^a, JA Souza ^a, JedCC Herculan ^a, GBGdM Pereira ^a, IGHM Metze ^a, MGM Freitas ^b, FGP Cunha ^a, RMDs Araujo ^a, RA Souza ^a

^a Sollutio Diagnósticos, Indaiatuba, SP, Brasil

^b Complexo de Saúde São João de Deus, Divinópolis, MG, Brasil

Introdução: A leucemia mielomonocítica aguda (LMMA) é caracterizada pela proliferação de precursores neutrofílicos e monocíticos, resultando em >20% de neutrófilos e seus precursores, >20% de monócitos e seus precursores, além de >20% de blastos (mieloblastos, monoblastos e promonócitos) no sangue periférico ou medula óssea. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 65 anos, com diagnóstico prévio de síndrome mielodisplásica com deleção 5q, em uso de talidomida. Foi encaminhada amostra de medula óssea para imunofenotipagem, mielograma e cariótipo, devido à presença de 40% de blastos em sangue periférico, com suspeita de transformação leucêmica. A imunofenotipagem revelou 6,9% de eritroblastos, 53,5% de granulócitos com maturação preservada e eosinofilia, além de monocitose (14,5%). Identificaram-se 10,6% de linfócitos, sendo 5,7% T e 4,9% B, dos quais 3,2% apresentavam perfil monoclonal Kappa com imunofenótipo CD45++/CD19++/CD20++/CD5++. A população de blastos mieloides (15,6%) apresentou fenótipo CD45++/CD34++/CD13+++/CD33++/CD38++/CD117++/CD123++/HLA-DR++, com expressão parcial de CD64 e MPO (24%), e negatividade para CD3, cCD3, CD7, CD10, CD11b, CD14, CD16, CD19, CD35, CD36, CD56, CD71, cCD79a, CD105 e IREM-2. Além disso, observou-se 14,5% de componente monocítico com atraso maturativo, 8% de promielócitos e 1,7% de monoblastos. Os achados foram compatíveis com leucemia mielomonocítica aguda. O mielograma corroborou o diagnóstico de leucemia mielóide aguda com componente monocítico, evidenciando 26% de blastos (mieloblastos, promonócitos e mieloblastos), com morfologia de células de tamanho médio, citoplasma escassamente granular, alta relação núcleo-citoplasmática e nucléolos evidentes. O cariótipo, realizado com 20 metáfases, demonstrou deleção intersticial no braço longo do cromossomo 5 (del(5q)) em todas elas. O diagnóstico de LMMA exige

a caracterização detalhada das linhagens mieloides — granulocítica, monocítica e blástica —, além da exclusão de fenótipos aberrantes ou leucemias de linhagem mista. Neste caso, além do diagnóstico imunofenotípico e morfológico de LMMA, foi identificado um pequeno clone B monoclonal CD5+, achado incomum com poucos relatos descritos na literatura. A deleção do braço longo do cromossomo 5 (del(5q)) é uma alteração associada a Síndrome Mielodisplásica, considerada de bom prognóstico, desde que haja suporte terapêutico adequado. No entanto, pode estar presente na Leucemia Mielóide Aguda, estando relacionada geralmente à pior prognóstico, rápida progressão da doença e menor sobrevida global. **Conclusão:** Relato de um caso raro de leucemia mielomonocítica aguda com a presença concomitante de um clone B monoclonal CD5+, ressaltando a importância da investigação imunofenotípica completa para identificação de achados associados atípicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104334>

ID - 879

LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÔNICA (LMMC) ASSOCIADA À DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA CRÔNICA: ENTIDADE COM UM DIAGNÓSTICO INTEGRADO

APF Dametto ^a, MRB da Silva ^b, GRA Mendonça ^c, I Lorand-Metze ^c

^a Consultório particular, Sumaré, SP, Brasil

^b Sollutio Diagnósticos, Indaiatuba, SP, Brasil

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

Introdução: A associação de Leucemia mielomonocítica crônica (LMMC) com neoplasias linfoproliferativas é reconhecida como entidade própria desde 2019, considerada rara, mas com o avanço das técnicas diagnósticas tem sido encontrada mais frequentemente. Este diagnóstico é importante, pois é necessário para o correto tratamento do paciente. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 72 anos, internado em 2024 por pneumonia. Na ocasião, hemoglobina: 12,0 g/L, leucócitos: 15,5 x 10⁹/L (monócitos: 2349), plaquetas: 53 x 10⁹/L. A monocitose e plaquetopenia não se resolveram após cura da pneumonia. A monocitose no hemograma já havia sido detectada desde 2015, sempre durante infecções. EF: BEG, ausência de adenomegalias, baço 2 cm RCE. Exames: Beta2 microglobulina: 2244 (normal até 2164), LDH: 320 (normal), eletroforese de proteínas: pico monoclonal 1,46 g/dL; imunofixação sérica: IgM/Kappa. Mielograma: Hemodiluído. RGE 4,28. Linfócitos 15%. Biópsia de medula óssea: tecido medular acentuadamente hiper celular, Esparsas células CD34+. Infiltração extensa por linfoma de baixo grau IgM kappa (macroglobulinemia de Waldenström ou linfoma de zona marginal). Imunofenotipagem de medula óssea: monócitos: 9,1% (elementos maduros). Monócitos clássicos: 86,1%, intermediários: 10,8% e não clássicos: 3,1%. Plasmócitos policlonais 0,15%, linfócitos B monoclonais: CD45+++, CD19++, CD20++, CD43+, CD79b++, CD200++, IgM parcial (41%) cadeia leve Kappa. Imunofenotipagem de sangue periférico: monocitose