

ID - 2150

RUPTURA ESPLÊNICA ESPONTÂNEA SECUNDÁRIA A LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: RELATO DE CASO

VAd Silva ^a, MD Magalhães ^b, ALBA Scotton ^c,
JJC Ferreira ^c, BB Borges ^c, VP Aguiar ^c

^a Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo,
SP, Brasil

^b Hopsital Nossa Senhora de Fátima, Patos de
Minas, MG, Brasil

^c Hospital Imaculada Conceição, Patos de Minas,
MG, Brasil

Introdução: A ruptura esplênica espontânea (REE) é uma condição rara e potencialmente letal, associada a causas infecciosas, inflamatórias e, principalmente, neoplasias hematológicas. Em leucemias mieloides agudas (LMA), a REE decorre da infiltração maciça de blastos, necrose parenquimatosa ou congestão vascular. Trata-se de uma manifestação incomum, exigindo reconhecimento imediato e abordagem multidisciplinar. **Descrição do caso:** Mulher, 36 anos, previamente hipertensa bem controlada, procurou atendimento por astenia. Hemograma evidenciou anemia (Hb: 8,9 g/dL), leucocitose (36.700/mm³), plaquetopenia (46.000/mm³), sem presença de blastos. Negou sintomas B e negou hemorragia. Tomografia de abdome (TC) não mostrou visceromegalias. Foi cogitado hipótese de leucemia linfocítica crônica e solicitado imunofenotipagem de sangue periférico. A paciente recebeu alta com agendamento ambulatorial para resultado. No dia seguinte, retornou com queda de pressão arterial e distensão abdominal progressiva. Hemoglobina de 5,4 g/dL e sinais de choque hemorrágico. Nova TC evidenciou aumento esplênico com laceração e grande quantidade de sangue livre, caracterizando ruptura esplênica grau IV/V. Foi submetida à esplenectomia de urgência, com transfusão intraoperatória de hemácias e plasma fresco congelado, evoluiu com estabilização hemodinâmica pós-cirúrgica. A imunofenotipagem de sangue periférico revelou 69% de blastos, com dois subgrupos principais: um com diferenciação granulocítica (CD34+/CD117+/MPO++) e outro com características monocíticas (HLADR++, CD64++, CD33++). A imunofenotipagem de medula óssea evidenciou presença de blastos com diferenciação mieloide e monocítica, quadro consistente com leucemia mielomonocítica aguda (LMMA). O cariótipo evidenciou translocação t(11;19)(q23;p13.1) em todas as metafases analisadas, sendo assim definido o diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda com rearranjo KMT2A. **Conclusão:** A ruptura esplênica espontânea é descrita como uma urgência cirúrgica rara, associada a LMA em menos de 1% dos casos, geralmente em contextos de esplenomegalia maciça. Neste caso, chama atenção o fato de que a primeira TC, realizada menos de 48h antes do evento, não evidenciava esplenomegalia, reforçando a hipótese de infiltração rápida e aguda. A presença de rearranjo t(11;19)(q23;p13.1) está associada a mau prognóstico e resposta terapêutica limitada, sendo fundamental para estratificação de risco. O imunofenótipo de LMMA é coerente com o achado citogenético. A conduta cirúrgica imediata foi

determinante para a sobrevida da paciente, permitindo controle hemodinâmico e viabilização do diagnóstico definitivo e início precoce da terapia específica. Casos como este demandam ação rápida e integração entre hematologia, cirurgia e terapia intensiva. A ruptura esplênica espontânea deve ser considerada uma emergência potencialmente associada à LMA, mesmo na ausência de esplenomegalia inicial. O reconhecimento precoce, intervenção cirúrgica imediata e suporte transfusional adequado foram fundamentais para a sobrevida da paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104651>

ID - 2664

SARCOMA GRANULOCÍTICO COM DIFERENCIAÇÃO ERITROIDE

FDO Moraes, ML Buka, L Rissi, RGC Goiato,
CE Katayama, DDS Leme, CES Marçal,
AF Pedrão, HL Neto, ABGFD Mattos, MIGD Silva,
A Gaidukas, LGR Dadamos, LB Zerlotti,
GPS Mota, MFG Severino

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
(FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: O sarcoma granulocítico é um raro tumor sólido extramedular, constituído por células precursoras de granulócitos, que pode acometer qualquer parte do corpo, sendo os sítios mais comuns: ossos, pele, sistema nervoso central e linfonodos. É geralmente associado a Leucemia Mieloide Aguda (LMA), entre 3 a 8% dos casos, e pode proceder tal diagnóstico. É raramente associado a policitemia vera, mielofibrose e síndrome mielodisplásicas. O quadro clínico é variável e depende da localização do processo tumoral. Dor é o sintoma mais frequentemente relatado e sua associação com outros sinais neurológicos focais deve sempre levar a investigação por imagem na concomitância de alterações hematológicas. O perfil imunofenótipo apresenta marcadores mieloides – raramente sendo encontrado marcadores eritroides (como o CD36, CD71 e CD105). Os diagnósticos diferenciais do SG são neoplasias primárias, especialmente meningeomas, Linfomas não-Hodgkin, Linfomas de Burkitt e Linfomas de Grandes Células B. O SG tem como principais modalidades terapêuticas a quimio e radioterapia. O tratamento cirúrgico é adjuvante, sendo recomendado em situações onde o efeito de massa tumoral determina déficit neurológico ou impotência funcional. **Descrição do caso:** Sexo feminino, 53 anos, portadora de artrite reumatoide e psoríase. Iniciou em novembro de 2024 com dor lombar, perda de força e sensibilidade em membros inferiores, associado a retenção urinária e fecal. Ressonância de coluna mostrou material sólido identificado na coluna cervical, torácica e lombar, entre C6-S1. Líquor evidenciou dissociação proteíno-citológica. Paciente evoluiu com pancitopenia em dezembro de 2024. Realizado biópsia de massa em região de coluna e abordagem medular para investigação. Mielograma revelou 64% de células de tamanho intermediário, citoplasma basofílico e núcleo com cromatina intermediária. Imunofenotipagem