

história familiar que caracteriza um provável baixo risco em outras duas portadoras na família.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.555>

**ANÁLISE PROGNÓSTICA DA LEUCEMIA
LINFOCÍTICA CRÔNICA: CORRELAÇÃO ENTRE
ALTERAÇÕES CROMOSSÔMICAS
DETECTADAS POR FISH E ESTADIAMENTO
CLÍNICO EM PACIENTES DE UM HOSPITAL DA
REDE SUS**

I Barbosa, ACB Edir, R Romano, CC Miranda,
JC Faccin, L Merfort, VR Jamur, SK Nabhan,
T Borgonovo, AP Azambuja

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba,
PR, Brasil

Introdução: A Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) é uma doença caracterizada por heterogeneidade biológica e clínica significativa. Enquanto a maioria dos pacientes apresenta um curso indolente, alguns podem apresentar manifestações mais agressivas, com resistência ao tratamento e redução na sobrevida. **Objetivo:** Identificar alterações cromossômicas detectadas por hibridização in situ por fluorescência (FISH) em pacientes com diagnóstico de LLC e correlacioná-las com o prognóstico da doença. **Métodos:** Análise retrospectiva de pacientes com diagnóstico de LLC acompanhados ambulatorialmente no Hospital das Clínicas da UFPR, entre janeiro de 2006 e junho de 2024. Utilizou-se a análise cromossômica por bandeamento gênico convencional e o protocolo FISH em células fixadas de sangue periférico, conforme as instruções do fabricante. O painel utilizado foi o Vysis CLL FISH probe (Abbott, USA), que inclui quatro sondas: LSI ATM (11q22.3), LSI TP53 (17p13.1), CEP12 (12p11.1-q11), LSI D13S319 (13q14.3) e LSI 13q34. Os laudos foram elaborados de acordo com a nomenclatura internacional (ISCN, 2016). **Resultado:** 55 pacientes com LLC, 31M/23F, idade mediana de 65,4 anos (variando de 24 a 92 anos) e tempo mediano de acompanhamento de 4,8 anos (de 0,15 a 27 anos) foram avaliados. Os pacientes foram classificados segundo os critérios do hemograma em Binet A (31 pacientes), Binet B (10 pacientes) e Binet C (13 pacientes). Houve diferenças significativas na dosagem de hemoglobina, contagem de plaquetas e leucócitos entre os grupos ($p < 0,05$). A citometria de fluxo revelou um padrão típico de marcação de antígenos de membrana (CD5, CD23 e CD200 positivos; CD22, CD79a, IgM e FMC7 negativos ou com baixa expressão) em todos os pacientes. A citogenética convencional foi realizada em 24 pacientes (43,6%), dos quais 6 apresentaram alterações cromossômicas. O exame FISH detectou alterações em 48 pacientes (87,3%): 37 (67,3%) com deleção do cromossomo 13; 12 (21,8%) com trissomia do cromossomo 12; sete (12,7%) com del14 e 6 pacientes (10,9%) com deleção 11q (ATM). Apenas 4 pacientes (7,3%) apresentaram deleção 17p, e 13 pacientes tiveram mais de uma alteração cromossômica identificada pelo FISH. Durante o acompanhamento, ocorreram 20 óbitos (36,3%), sendo 8 no grupo Binet A (25,8%), 4 no Binet B (40,0%) e 8 no Binet C (61,5%). Os óbitos foram associados a trissomia 12 (6 casos), perda do ATM (5

casos), deleção 17p (4 casos) e deleção isolada do 13q (7 casos). Uma paciente com deleção 13q e 11q associadas desenvolveu a Síndrome de Richter. A sobrevida global mediana foi de 12,4 anos nesta coorte, com diferença entre os grupos de risco citogenético: 12,4 anos no grupo com del 13q; 4,25 anos nos pacientes com trissomia do 12 e apenas 4,4 anos no grupo conjunto del11q e del17p, $p < 0,05$. Pacientes sem alterações citogenéticas ou no FISH parecem ter sobrevida semelhante aos grupos de pior prognóstico (4,92 anos). Não houve diferença na sobrevida mediana entre os grupos Binet: 11,4 anos Binet A; 10,0 Binet B e 5,9 no Binet C ($p = 0,56$). **Discussão:** O percentual de pacientes com deleções 11q e 17p e trissomia do 12 estão alinhados com a literatura atual sobre alterações genéticas na LLC. No entanto, a prevalência da deleção 13q na nossa coorte foi de 67,3%, significativamente maior do que os 35% reportados na literatura. Essa discrepância pode ser atribuída ao perfil temporal da nossa coorte. Apesar disso, a estratificação prognóstica realizada por FISH demonstrou ser valiosa para a caracterização dos pacientes, enquanto o estadiamento de Binet parece não ter relevância significativa no contexto local, especialmente considerando que os tratamentos utilizados não incluíram terapias direcionadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.556>

**CITOTOXICIDADE QUIMIOTERÁPICA EM
PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA
CRÔNICA: CASO CLÍNICO**

VMS Moraes ^{a,b,c}, VG Silva ^a, WJ Silva ^d,
MJS Barros ^c, CM Pereira ^c, RGS Santos ^c,
JASA Barros ^c, MEV Miguel ^c, AFDMD Santos ^c

^a Fundação de Hematologia e Hemoterapia de
Pernambuco (HEMOPE), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),
Recife, PE, Brasil

^c Faculdade de Ciências Humanas de Olinda, Olinda,
PE, Brasil

^d Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE,
Brasil

Objetivo: Desvelar o manejo dos distúrbios cutâneos e subcutâneos. **Material e métodos:** Baseado nas experiências, fomentar um relato de implementação da assistência de enfermagem ao paciente com reações adversas ao Rituximabe e Clorambucil, do hospital referência em hemoterapia e hematologia no Estado de Pernambuco (Hemope). **Resultados:** S.V.S, sexo masculino, 57 anos, LLC, Insuficiência coronariana, Hipertensão Arterial Sistólica, deu entrada no ambulatório do HEMOPE em 07/03/2018 com persistência da paralisia em hemiface esquerda, causa da sua internação anterior, apresentando resultado da tomografia computadorizada (TC) de crânio normal. Rastreamento com USGs, sem grandes anormalidades. 24/08/2023, 1º ciclo quimioterápico (Rituximabe e Clorambucil com reação infusional). 2º e 3º ciclo com Clorambucil e Rituximabe por 7 dias; fluconazol devido a tumor pulmonar detectado após TC. 05/10/2023, lesões crostosas e friáveis em lábios e palato duro, lesão periocular bilateral, realizado tazocin e fluconazol endovenoso, febre diária,

astenia, odinofagia, emagrecimento, lesões persistentes e surgimento em saco escrotal e hematoquezia prévia, fez teicoplanina, antiparasitário e prednisona. 11/12/2023, dor torácica, febre, sensação de dispneia. Tratando mucosite com laserterapia no IMIP, investigando as lesões de coloração marrom ungueais com dermatologista, lesões de coloração castanho no tronco e avermelhadas em lábios. 25/03/2024 relata que em 17/02/2024 S.V.S estava subfebril, sem infecção ativa, disfagia, mucosite em cavidade oral, tumoração em língua, extensas lesões em mãos e pés. Iniciado acompanhamento das lesões pela enfermagem. Biópsia de pele em 23/10/2023 indica dermatite de interface liquenóide. 27/03/2024, dermatite de interface liquenóide (reação de toxicidade) associada a acantólise focal (possível achado incidental). Iniciou pulsoterapia (metilprednisolona). 26/04/2024, biópsia de pele afasta pênfigo bolhoso paraneoplásico, farmacodermia e síndrome paraneoplásica. Dermatologia relata feridas em curva de melhora, orientando a manter prednisona. 16/04/2024 endoscopia digestiva alta, aponta pangastrite erosiva moderada, biópsias concluiu ceratite filamentosa. 20/06/2024, paciente comparece ao ambulatório com melhora significativa das lesões e cicatrização sem infecção. **Discussão:** Dermatite liquenóide de interface, caracterizada por uma reação inflamatória a distúrbios autoimunes, infecções ou substâncias externas ao qual envolve a clonagem de linfócitos T. O tratamento pode incluir medicamentos tópicos e orais dependendo da gravidade e causa subjacente. Março de 2024, instituído tratamento das feridas com coberturas especiais de PHMB e alginato de cálcio. Após biópsia, foi iniciado corticoide tópico, sem melhoras. Posteriormente iniciou o uso do Urgoclean AG, troca semanal. Evoluiu com tecido de granulação, sendo utilizado Urgo Tull, ao qual aumentou o exsudato, sendo necessário retornar para alginato de cálcio com PHMB. **Conclusão:** A autonomia do enfermeiro é essencial ao cuidado com lesão de pele. A cicatrização de feridas é um evento complexo, dinâmico que requer habilitação e conhecimento teórico capaz de acelerar o processo cicatricial, otimizando gastos. Ressalta-se ainda a importância de um profissional estabelecendo e atualizando protocolos, treinando equipes, objetivando uma assistência de qualidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.557>

SÍNDROME DE EVANS E MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM: RELATO DE CASO

ABD Manduca, FF Camargo, ET Saito, JA Gomes,
LQ Marques, DSC Filho, FM Marques,
MDS Pastorini, DAG Eguez, LLM Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
- Hospital Brigadeiro, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Síndrome de Evans (SE) é uma condição rara caracterizada pela presença simultânea ou sequencial de duas ou mais citopenias autoimunes, frequentemente incluindo anemia hemolítica autoimune (AHAI) e púrpura trombocitopênica idiopática (PTI). Pode também envolver neutropenia autoimune. Pode ser primária ou secundária, inclusive a doenças

linfoproliferativas. A SE e a Macroglobulinemia de Waldenström (MW), uma neoplasia de células B caracterizada pela produção excessiva de imunoglobulina M (IgM), podem coexistir em um pequeno número de pacientes, complicando ainda mais a abordagem clínica. **Objetivo:** Relatar um caso de paciente com SE associado a MW. **Relato de caso:** Mulher, 62 anos, com queixa de astenia e hiporexia há 1 mês, encaminhada devido anemia severa e plaquetopenia. Ao exame físico hipocorada e com hepatomegalia. Realizados exames à admissão que evidenciaram hemoglobina de 2,6 g/dL e plaquetas 73.000/uL. Provas de hemólise alteradas (reticulócito 10,9%, DHL 604 UI/L, Bilirrubina Indireta 1,6, Haptoglobina < 10, TAD Positivo, Eluato Positivo IgG indeterminado), sorologias normais, complemento consumido e FAN 1/80 padrão nuclear pontilhado. Realizado diagnóstico de SE, iniciado corticoide, com boa resposta. Durante investigação ambulatorial realizada Imunoelektroforese de proteínas séricas: IgG 1202 IgM 3818 IgA 25 - Presença de banda monoclonal IgM Kappa. Realizada Biopsia de Medula Óssea com infiltrado de linfócitos e plasmócitos. Imunofenotipagem compatível com Linfoma de células B pequenas. Marcadores positivos: CD20, CD138 (5% de plasmócitos), Kappa Focal, Lambda focal, Kappa > Lambda, MPO, Glicoforina A, Fator VIII, CD34, CD117: positivo (mastócitos). Concluindo o diagnóstico de MW. Iniciado tratamento com protocolo DRC e após 6 ciclos paciente encontra-se em VGPR (EFP sem componente monoclonal, IgM < 300, ausência de linfonodomegalias, redução de visceromegalias) com hemoglobina 13,2 g/dL e plaquetas 186.000/uL. **Discussão:** O diagnóstico de SE depende da exclusão de demais causas de anemia hemolítica e trombocitopenia, além da pesquisa de etiologias infecciosas, neoplásicas e doenças autoimunes. No caso relatado vimos que durante a investigação da SE foi realizado o diagnóstico de MW, a qual pela sua variedade de sintomas e sua sobreposição com outras condições, podem tornar o diagnóstico desafiador. A infiltração dos tecidos hematopoéticos leva a sintomas sistêmicos, como anemia e aumento de órgãos, enquanto a proteína monoclonal IgM no sangue contribui para hiperviscosidade e neuropatia. Identificar esses sintomas precocemente é crucial para o manejo e tratamento eficaz da MW. **Conclusão:** Este caso destaca a dificuldade em estabelecer um diagnóstico preciso devido à sobreposição dos sintomas e à diversidade dos padrões clínicos apresentados. A interação entre as patologias requer uma avaliação diagnóstica cuidadosa, incluindo a realização de exames especializados e a consideração de diagnósticos diferenciais. Além disso, o manejo terapêutico exige uma abordagem integrada e individualizada, que leve em conta tanto a necessidade de controlar a produção excessiva de IgM quanto a gestão da autoimunidade associada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.558>

RELATO DE CASO: DOENÇA DE CASTLEMAN MULTICÊNTRICA HHV8-POSITIVO COM LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA DE DIFÍCIL MANEJO EM PACIENTE COM HIV

WKP Barros, AC Meireles, PM Resende,
BFC Galvão, LFBH Junior, RS Kojima, JD Rocha,
N Hamerschlag, JM Kutner