

^b Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Mossoró, RN, Brasil

^c Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC), Mossoró, RN, Brasil

Introdução: A leucemia eritroide pura (LEP) é um subtipo raro de leucemia mieloide aguda (LMA) caracterizada pela proliferação neoplásica de células eritróides com parada de maturação, sendo uma doença relacionada a cariótipos complexos, com curso clínico agressivo e desfavorável. Este estudo tem como objetivo relatar o caso de uma paciente jovem diagnosticada com uma doença rara, responsável por menos de 1% dos casos de LMA, destacando os achados clínicos e imunofenotípicos que foram determinantes para o diagnóstico precoce. **Descrição do caso:** Trata-se de mulher de 42 anos, com histórico de histerectomia por mioma uterino há um mês, que procurou atendimento com queixas de astenia intensa, perda ponderal de mais de 10% de massa corporal em dois meses, edema significativo em membros inferiores e hematoma em joelho esquerdo. Ao exame físico, encontrava-se hipocorada (+++/4), com palidez conjuntival e sem linfonodomegalias periféricas. Exames laboratoriais revelaram pancitopenia significativa, com hemoglobina 5,1 g/dL, hematócrito 15,3%, leucócitos $1.000/\text{mm}^3$ (neutrófilos segmentados $280/\text{mm}^3$ e linfócitos $620/\text{mm}^3$), e plaquetas $34.000/\text{mm}^3$. O esfregaço de sangue periférico evidenciou policromasia e predomínio de linfócitos morfológicamente maduros. A medula óssea apresentava 8% de blastos, 53% de mononucleares imaturos compatíveis com pró-eritroblastos e grande predomínio eritroide com diseritropoese acentuada: células multinucleadas, citoplasma basofílico com vacuolização, projeções citoplasmáticas (blebs), mitoses anômalas e núcleo de aspecto megaloblástico. A coloração citoquímica pelo negro de Sudan foi negativa nas células eritróides. A imunofenotipagem por citometria de fluxo revelou intensa positividade para CD36 (85%) e CD71 (70%), ausência de MPO e baixa expressão de CD13, CD33, CD34, CD117 e HLA-DR, padrão compatível com células da linhagem eritroide imatura. O conjunto dos achados morfológicos e imunofenotípicos confirmou o diagnóstico de leucemia eritroide aguda, conforme os critérios da OMS/ICC 2022. A paciente foi submetida a um tratamento com protocolo de leucemia aguda 7+3 com citarabina e daunorrubicina e, no momento, está em tratamento de consolidação com remissão completa da doença. **Conclusão:** A leucemia eritroide pura (LEP) é uma doença muito rara, que pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária. Sua característica laboratorial típica inclui pancitopenia, podendo ainda apresentar blastose variável e displasia eritroide severa. Devido à sua raridade, a LEP não possui tratamento específico, sendo utilizados protocolos de terapias semelhantes às empregadas na LMA, com uso de quimioterapia intensiva e, em alguns casos, transplante alogênico de células-tronco. O prognóstico, geralmente reservado, pode ser modificado com diagnóstico precoce e resposta terapêutica favorável. Este trabalho ressalta a importância do reconhecimento clínico e laboratorial precoce da LEP, doença rara e agressiva. A identificação das características morfológicas e imunofenotípicas específicas foi essencial para o diagnóstico correto e início do tratamento. Apesar de não existir um protocolo padrão, o uso da terapia para LMA mostrou-se bastante eficaz

ao causar remissão da doença. Relatos como este são fundamentais para ampliar o conhecimento sobre a doença, contribuindo para a tomada de decisão clínica diante de casos semelhantes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104573>

ID - 1315

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) EARLY-T – ENTIDADE COM PROGNÓSTICO AINDA RESERVADO

BS Hack, CL Ribeiro, LR Soares, RS de Abreu,
AC Fenili, F de Lima Moreno, T de Brum Soares,
ME Zanella Capra, M Ughini,
B Machado Ribeiro, LCG Trindade

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: A LLA early-T consiste em um subtipo de LLA de linhagem T (perfazendo 12-15% do total destas), que se caracteriza pela expressão imunofenotípica de pelo menos 1 marcador de linhagem mieloide/ célula tronco, além de um prognóstico no geral mais reservado do que as outras LLAs T. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 28 anos, interna em julho/24 na UTI do Hospital Nossa Senhora da Conceição, transferida de UPA regional, já em ventilação mecânica e uso de droga vasoativa por choque circulatório. Ao laboratório inicial, anemia extremamente severa (Hb: 1,4), plaquetopenia e hiperleucocitose com predomínio de blastos. Realizado aspirado de medula, sendo confirmado LLA – com imunofenótipo T precoce (early-T) - positividade forte para CD7, CD3 (citoplasmático) e HLADR. Cariótipo descreve 46,XX, del(6),t(10;11), achado que pode inferir rearranjo entre os genes TET1 no cromossomo 10 com o gene KMT2A(MLL) no cromossomo 11 - considerado de alto risco. Iniciado, ainda com paciente em ventilação mecânica, pré-fase do protocolo GRAALL (protocolo padrão da instituição para tratamento de LLA em adultos jovens). Evolui com melhora progressiva das disfunções orgânicas - recuperação de função renal, estabilidade hemodinâmica, extubação bem sucedida. Ao fim da pré-fase, paciente sem blastos em sangue periférico. Ao fim da indução, paciente em remissão completa com DRM (doença residual mínima) negativa. Interna para 1ª consolidação GRAALL e, 2 dias após internação, cursa com reaparecimento de blastos em sangue periférico. Realizado aspirado de medula, confirmando recaída de leucemia aguda, porém com imunofenótipo diferente do inicial: positividade forte para CD13, CD33, CD117, e mantendo positividade para CD7 – indagando-se inclusive se tratar de clone leucêmico distinto do original (imunofenótipo sobreponível ao de LMA com mínima diferenciação). Considerando tratar-se de LLA early-T, manejada como recaída de doença. Procedido protocolo de resgate com ida-FLAG; evolui com neutropenia febril após 5 dias do início do protocolo, com necessidade de admissão em leito de UTI e evoluindo com óbito, 7 dias após início do protocolo de resgate. **Conclusão:** É conhecido, na LLA early-T, a ocorrência de imunofenótipo com positividade para

marcadores de linhagem mieloide (como o caso em questão) ou mesmo de células tronco, demonstrando a natureza imatura desta entidade. Apesar de ser considerada entidade distinta, o tratamento consiste em esquemas quimioterápicos utilizados para tratamento dos outros subtipos de LLAs, com indicação bem estabelecida de transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico na primeira remissão completa (seu diagnóstico já classifica a LLA como de alto risco). Além disso, o presente relato visa demonstrar a fundamental importância da citometria de fluxo, tanto para correta identificação imunofenotípica do clone leucêmico ao diagnóstico quanto para futuras comparações em potenciais recaídas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104574>

ID - 1477

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B ASSOCIADA À SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA: RELATO DE CASO

PDS Tolentino, VBD Rodrigues, GBC Negreiros,
BL Costa, RFP Mendes, LC Ferreira, MR Vale,
CP Faria, HLI Karajah

Hospital de Base do Distrito Federal (HDBF),
Brasília, DF, Brasil

Introdução: A eosinofilia secundária pode ocorrer em várias circunstâncias como infecções, alergias, autoimunidade e malignidade. A Leucemia linfoblástica aguda B associada à hipereosinofilia (LLA-eo) é extremamente rara e foi descrita poucas vezes na literatura. Apresentaremos o caso de um paciente jovem, do sexo masculino, com tal diagnóstico. **Descrição do caso:** Paciente, 27 anos, masculino, relatou dor abdominal, febre, diarreia e perda ponderal há 30 dias e evoluiu com úlcera de pressão sacral devido mobilidade reduzida e síndrome consumptiva. Hemograma constatou leucocitose com eosinofilia importante (hemoglobina 10,2, leucócitos 48400 eosinófilos 16450 34%, plaquetas 466.000), lâmina de sangue periférico com linhagem eosinofílica abundante com diferentes formas e em exames de imagem hepatoesplenomegalia moderada e linfonodomegalias difusas. Realizou-se imunofenotipagem de sangue periférico com resultado de 1% de blastos de linhagem B associada à hipereosinofilia. Assim, paciente foi transferido para hospital com suporte hematológico executou-se os seguintes exames: imunofenotipagem de medula óssea eosinofilia com presença de 10,3% de linfoblastos B, com fenótipo aberrante, correspondente a linfoma/leucemia linfoblástica B (positivos: CD10, CD33, CD19, CD20, CD21, CD34, CD38, CD45, CD58, CD66c, cCD79a, CD81, CD123, TDT, HLA-DR e negativos: MPO e CD117), biópsia de medula óssea 90% da celularidade hematopoética as custas de infiltração de células com Leucemia Linfoblástica Aguda B comum (CD 20+, CD10+ e TdT+), biópsia e imunohistoquímica de linfonodos corroborando o mesmo diagnóstico, cariótipo complexo incluindo a alteração de add(5) (q?31) e BCR ABL negativo. Ademais, constatou-se insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (troponina elevada e ecocardiograma transtorácico com fração de ejeção de 39%) devido

miocardite eosinofílica. Assim, após o diagnóstico de LLA-eo com miocardite eosinofílica iniciou-se protocolo Berlim-Frankfurt-Münster (BFM) inicialmente sem adição de antraciclina. Após otimização das medicações paciente permaneceu assintomático do ponto vista cardiológico e com melhora da fração de ejeção (50%) e segue em protocolo quimioterápico. A LLA-eo é extremamente rara, representando menos de 1% dos casos de eosinofilia e poucos casos são descritos na literatura. Tal entidade foi mais associada ao sexo masculino, com idades mais jovens (média de 14 anos) e as manifestações clínicas relacionadas a hipereosinofilia normalmente precedem os sinais e sintomas da LLA-eo, como erupção urticariforme, febre, artralgia, mialgia, sudorese e dispnéia, e quando há síndrome hipereosinofílica ocorre o acometimento órgão específica, que no caso relatado neste estudo houve injúria cardíaca. Outra característica intrigante dessa patologia é que normalmente o esfregaço de sangue periférico os blastos são ausentes. A LLA-eo foi associada a translocação t(5;14)(q31;q32) que leva à superexpressão da interleucina (IL-3) por meio de um gene de fusão denominado locus pesado de imunoglobulina (IGH)-IL3, que induz a hipereosinofilia. Assim como no nosso caso, alguns relatos anteriores os pacientes também foram tratados com protocolo BFM. **Conclusão:** Entender a manifestação clínica, laboratorial e molecular da LLA-eo é fundamental para aprofundar o conhecimento sobre tal patologia rara. Mais estudos são necessários para ampliar as discussões sobre o tema.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104575>

ID - 3016

LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA B DE ALTO RISCO COM RECIDIVA PRECOCE EM PACIENTE PEDIÁTRICO: RELATO DE CASO

GAF Salgado, LS Cardoso, FB Vito, MMD Moura,
ACM Carneiro

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM),
Uberaba, MG, Brasil

Introdução: A leucemia linfoblástica aguda (LLA) é a neoplasia hematológica mais frequente na infância. Embora haja significativos avanços terapêuticos, a recidiva precoce representa um grande desafio clínico. Este relato descreve a jornada de uma paciente pediátrica com LLA-B de alto risco com recaída precoce e suas complicações clínicas. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 12 anos, procedente de Uberaba, diagnosticada com LLA-B de alto risco em julho de 2024. O mielograma diagnóstico evidenciou 96,1% de blastos e a imunofenotipagem por citometria de fluxo confirmou a origem por células B. Foi iniciada a primeira linha de tratamento com protocolo ReLLA 2005, obtendo resposta hematológica favorável. Entretanto, em dezembro do mesmo ano, apresentou recidiva precoce, com doença residual mensurável (DRM) comprovando 81,5% de blastos linfóides na medula óssea e definido prosseguir com protocolo de recaída HD Ara-C + VP. Em janeiro de 2025, após a recuperação clínica da paciente e confirmação de DRM negativa, a paciente teve acesso à