

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