

enquanto sudorese noturna foi relatada por 15,7% dos casos. A mediana de idade foi de 48 anos (1–85 anos). Do total, 53,7% eram do sexo masculino e 46,3% do sexo feminino. **Discussão e conclusão:** A literatura demonstra que a LMA apresenta mediana de idade mais elevada em países de alta renda, variando entre 60–68 anos, com mais de 75% dos casos em indivíduos acima de 55 anos. Já estudos de países de baixa e média renda mostram maior proporção de pacientes jovens, fenômeno atribuído a diferenças demográficas e à estrutura etária da população. O perfil etário observado na população estudada aproxima-se do descrito em cenários de baixa/média renda, possivelmente refletindo a pirâmide etária brasileira e a abrangência de atendimento a adultos e crianças. A semelhança da distribuição entre os sexos observada (<10% de diferença) está em concordância com estudo recente que não identificou diferenças significativas na sobrevida livre de doença (DFS) ou na sobrevida global (OS) entre homens e mulheres em nenhum dos grupos de risco genético da classificação ELN 2022. Esse achado, consistente em diferentes coortes, pode refletir variações biológicas relevantes, já que análises genômicas apontam diferenças moleculares e hematológicas entre os sexos, incluindo contagens leucocitárias e perfis mutacionais distintos. Nos dados observados pelo centro oncológico brasileiro, a fadiga (56,0%) e os achados hemorrágicos (39,8%) também figuraram entre as manifestações iniciais mais prevalentes, em consonância com os dados do estudo indiano realizado com 102 adultos, no qual a fadiga foi observada em 66,7% e as manifestações hemorrágicas em 44,4% dos casos. Observa-se, contudo, que a febre foi mais frequente na coorte indiana (55,6%) do que na brasileira (35,2%), enquanto a perda de peso (40,7%) foi mais reportada na amostra brasileira, sintoma não destacado no estudo indiano. Esses achados reforçam que diferentes populações podem apresentar variações na prevalência das manifestações clínicas iniciais da LMA. Em síntese, variações em idade, sexo e manifestações iniciais da LMA indicam que fatores demográficos influenciam sua apresentação, reforçando a necessidade de estudos multicêntricos que considerem a heterogeneidade populacional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104591>

ID - 3019

LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA EM CRISE BLÁSTICA LINFOIDE T: RELATO DE CASO

LP Miranda, ITda Sussuarana, SHFKT Rocha, TB Modesto, MdSS Almeida, NN Gonçalves, FdN Brito

Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A leucemia mieloide crônica (LMC) é uma neoplasia mieloproliferativa clonal, de curso trifásico (fase crônica, fase acelerada e crise blástica), que representa de 15 a 20% das leucemias em adultos. A característica citogenética marcante é a translocação entre os cromossomos 9 e 22,

resultando no gene de fusão BCR- ABL. A crise blástica pode ser de linhagem mieloide ou linfóide. A crise blástica linfóide é uma das complicações mais temidas da LMC, sendo a linhagem de células B a mais comum, enquanto a linhagem T é extremamente rara. Em uma revisão publicada no PubMed em 2020, apenas 52 casos haviam sido relatados na literatura de LMC crise blástica linfóide T, evidenciando os desafios diagnósticos e a raridade do caso. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 37 anos, previamente hígido, foi internado devido a adenomegalia cervical bilateral de início há 02 semanas. Paciente apresentava esplenomegalia dolorosa ao exame físico, com hemograma evidenciando anemia (Hb 10,3 g/dL) com leucocitose importante de 182.000, com desvio escalonado até blasto (21% de blastos). Realizado aspirado medular, com mielograma evidenciando mais de 15% de basófilos e blastos de aspecto linfóide. Resultado de imunofenotipagem identificou 21,3% de blastos positivos para os seguintes marcadores: CD2++, CD3, CD5+++,CD7+++,CD34+++,CD45++, cyCD79a, CD99+++, TdT par (27%). Como complemento diagnóstico, realizado RT-PCR BCR-ABL p210 com resultado positivo e p190 negativo, contribuindo com o diagnóstico de Leucemia Mieloide Crônica em crise blástica linfóide T. Realizada pesquisa de mutação e cariótipo, ainda sem o resultado final. Realizada biópsia de massa cervical, com estudo imuno-histoquímico corroborando com o diagnóstico medular. Optado por iniciar tratamento com quimioterapia de alta dose, escolhendo o protocolo HyperCVAD bloco ímpar (ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina), com intratecais como profilaxia de sistema nervoso central, em associação com inibidor de tirosina quinase (Imatinib) na primeira linha. Paciente com indicação de transplante alogênico de células tronco hematopoiéticas, porém sem irmãos cossanguíneos, sem filhos e pais já falecidos. Coletado HLA do paciente com inscrição no REREME em busca de doador de medula óssea compatível não aparentado. Paciente no início do tratamento, ainda sem reavaliação medular de resposta ao tratamento proposto. **Conclusão:** Esses pacientes geralmente apresentam uma doença de curso clínico agressivo, necessitando de terapia intensiva, e podem se beneficiar do transplante alogênico de células tronco hematopoiéticas. Na literatura, há poucos relatos de caso e não há estudos clínicos randomizados comparando qual a melhor estratégia terapêutica para esses casos. Com isso, evidencia-se a importância em relatar o caso, como forma de troca de experiência quanto ao diagnóstico, quanto as opções de tratamento e quanto ao prognóstico destes doentes.

Referências:

Calabretta B, Perrotti D. The biology of CML blast crisis. *Blood*. 2004 Jun 1;103(11):4010-22. doi:10.1182/blood-2003-12-4111.

Xia T, Zhao J, Li H, Liu J, Shi J. T-cell blast crisis of chronic myelogenous leukemia presented with coexisting p210 and p190 BCR-ABL transcripts and t(10;11)(q11;p15). *J Clin Lab Anal*. 2020 Jun;34(6):e23241. doi:10.1002/jcla.23241.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104592>