

referência oncológico e determinar a prevalência da ocorrência simultânea de leucocitose, anemia e trombocitopenia, comparando-a com a descrita na literatura, bem como avaliar sua associação com desfecho prognóstico. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo observacional com 107 pacientes diagnosticados com LMA em um centro oncológico de referência. Foram analisados valores iniciais de hemoglobina, plaquetas, leucócitos e desfecho clínico. A frequência das alterações hematológicas e ocorrência de leucocitose, anemia e trombocitopenia foi comparada a dados descritos na literatura, obtidos por busca de artigos na base PubMed. **Resultados:** Entre os 107 pacientes incluídos, leucocitose (leucócitos $> 6 \times 10^3/\mu\text{L}$) foi observada em 68 pacientes (63,0%), anemia (hemoglobina $< 8 \text{ g/dL}$) em 47 (43,5%) e plaquetopenia (plaquetas $< 60 \times 10^3/\mu\text{L}$) em 67 (62,0%). A ocorrência simultânea de leucocitose, anemia e trombocitopenia esteve presente em 18 pacientes (16,7%). Além disso, 17 pacientes (15,7%) apresentaram hiperleucocitose ($> 100.000/\mu\text{L}$) no momento do diagnóstico, com taxa de óbito de 64,7% (11/17), superior à observada nos pacientes sem hiperleucocitose (42,9%; 39/91). **Discussão e conclusão:** No presente estudo, observou-se elevada frequência de leucocitose, plaquetopenia e anemia entre os pacientes com LMA, porém a presença simultânea da dessas alterações foi identificada em apenas 16,7% dos casos, reforçando que essa associação não é universal. Estudos prévios descrevem anemia em 80–90% dos pacientes, plaquetopenia em 70–80% e leucocitose em 30–50%, com ampla variação nas contagens leucocitárias iniciais (6.600 a $110.000/\mu\text{L}$). Na comparação com a literatura, a frequência de leucocitose nesta coorte foi cerca de 30% superior à média descrita, enquanto a proporção de anemia foi inferior, sugerindo diferenças no perfil clínico-laboratorial desta população. Quanto ao impacto prognóstico, estudos indicam que a hiperleucocitose ($> 100.000/\mu\text{L}$) está associada a maior risco de morte precoce e complicações por leucostase. No presente estudo, a mortalidade foi mais elevada entre os pacientes com hiperleucocitose (64,7%) em comparação aos sem essa condição (42,9%), em concordância com o padrão descrito na literatura. A alta prevalência de leucocitose sugere que parte dos pacientes pode se enquadrar em grupos de maior risco. A ocorrência simultânea de leucocitose, anemia e trombocitopenia foi observada em uma minoria dos pacientes, confirmando que sua ocorrência pode ser heterogênea em diferentes populações. A frequência elevada de leucocitose, especialmente de hiperleucocitose associada a maior mortalidade, ressalta a importância desse achado como potencial marcador de risco e reforça a necessidade de caracterizações regionais para compreensão do perfil clínico-laboratorial da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104602>

ID - 2197

LINFOMA DE CÉLULAS T LEUCEMIZADO
ASSOCIADO AO HTLV-I COM QUADRO DE
SEPSE E HIPERCALCEMIA MALIGNA

SHV Oliveira, IP Matosinhos, ALGP Fonseca,
ACCB Antão, JM Souza

Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O linfoma de células T adulto (ATL) é uma neoplasia linfoproliferativa rara, fortemente associada à infecção pelo HTLV-I. Sua forma leucemizada é agressiva e pode cursar com manifestações sistêmicas graves, como hipercalcemia maligna e sepse. O diagnóstico precoce e o manejo multidisciplinar são fundamentais para o prognóstico. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 37 anos, previamente hígida, diagnosticada com linfoma de células T associada à sorologia reagente para HTLV-I em novembro de 2024. Não havia sinais de infiltração de medula óssea ao anatomopatológico. Foi submetida a protocolo CHOP à época, alcançando remissão de doença. Seis meses após o término da quimioterapia, a paciente retorna com piora do estado geral, hiperleucocitose e hipercalcemia maligna. A análise do sangue periférico mostrou células linfóides com morfologia de flower cells, células convolutas e cerebriformes permitindo o diagnóstico de leucemização de neoplasia prévia. O estudo imunofenotípico mostrou 76,43% de linfócitos T com o seguinte perfil: CD3 fraco, CD4+, CD45RO+ e CD25 heterogêneo, compatível com ATL. Iniciou protocolo de citorredução COAP, seguido de quimioterapia com protocolo BFM para LLA. Recebeu alta para continuidade do tratamento de forma ambulatorial, porém retornou em menos de uma semana com relato de nova piora do estado geral, vômitos, diarreia e calafrios. À admissão apresentava sinais clínicos de sepse, hipercalcemia grave (Ca $14,5 \text{ mg/dL}$), leucocitose com predomínio de neutrófilos, elevação de enzimas hepáticas e de LDH (1.181 U/L). Iniciado tratamento empírico para quadro infeccioso e medidas de correção de hipercalcemia, entre elas o uso de ácido zoledrônico. Segue internada com proposta de mudança na estratégia de tratamento quimioterápico, conforme resposta clínica. **Conclusão:** O ATL é uma neoplasia linfoproliferativa associada ao HTLV-I, mais prevalente em regiões endêmicas como o Japão, Caribe e partes do Brasil. Sua apresentação leucemizada costuma ser agressiva, com alta carga tumoral, hipercalcemia recorrente e risco infeccioso elevado. Apesar de, no diagnóstico inicial, não terem sido observados sinais claros de infiltração de medula óssea, estudos demonstram que o comprometimento medular pode estar presente de forma subclínica ou mínima, detectável apenas por métodos mais sensíveis como imunofenotipagem ou biologia molecular, não realizados de forma rotineira ou protocolar no linfoma. Esse envolvimento pode permanecer latente e, sob determinadas circunstâncias — como recaída ou progressão da doença —, manifestar-se como leucemização franca. Este caso evidencia a evolução potencialmente rápida e agressiva do ATL, especialmente quando ocorre leucemização, mesmo em pacientes inicialmente sem sinais evidentes de infiltração medular. As complicações observadas, como hipercalcemia maligna recorrente e sepse grave, reforçam a necessidade de monitoramento contínuo e de reavaliação diagnóstica precoce frente a sinais de progressão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104603>