

OS was ~50% in patients <50 years and 25% in those ≥50 years. In chemotherapy treated patients, 5-year EFS was 18.9%; CIR was 46.7% and NRM 34.4%. Univariate analysis linked older age, thrombocytopenia, high blast count, elevated C-reactive protein (CRP), hypoalbuminemia, and FLT3 mutation to worse OS. Persistent MRD after induction I also predicted poor outcomes. In multivariate models, FLT3-ITD (HR = 2.51), older age (HR = 1.03), and hypoalbuminemia (HR = 0.58) were independently associated with worse OS. FLT3-ITD and elevated CRP remained significant for EFS. **Discussion and conclusion:** This study reveals notably poor outcomes in a cohort of NPM1-mutated AML patients treated in the Brazilian public system, particularly among those with FLT3-ITD and older age. High early mortality, limited access to FLT3 inhibitors, and delayed implementation of MRD-guided post-remission strategies likely contributed. These findings reinforce the need to improve access to molecular diagnostics, targeted therapies, and allogeneic transplantation across all treatment phases.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104635>

ID - 3096

PRIMARY UTERINE CERVICAL MYELOID SARCOMA AS THE INITIAL PRESENTATION OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA WITH MONOCYTIC DIFFERENTIATION: A RARE CASE REPORT

LB Anastacio^a, LLd Paula^b, PDTd Oliveira^b,
JC Leite^b, EMS Kroger^c, MA Carneiro^b

^a Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São
Paulo (USP), Ribeirão Preto, Brazil

^b Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Brazil

^c Hospital Júlia Kubitschek (FHEMIG), Belo
Horizonte, Brazil

Introduction: Myeloid sarcoma (also known as granulocytic sarcoma or chloroma) is a rare extramedullary manifestation of acute myeloid leukemia (AML). Presentation as a gynecologic mass is exceptionally uncommon and often leads to diagnostic delay and suboptimal initial management. We report a case of AML with monocytic differentiation initially presenting as a cervical tumor, misinterpreted as undifferentiated carcinoma, later confirmed as myeloid sarcoma. **Case report:** A 37-year-old woman, G2P2, previously healthy, had a two-year history of abnormal uterine bleeding and dyspareunia under routine gynecologic follow-up. In February 2023, she developed abdominal pain, dizziness and vaginal bleeding. A cervical mass was detected, and biopsy suggested undifferentiated carcinoma. She was referred for oncologic assessment in March. Staging revealed multiple lytic bone lesions, in the spine and pelvis, and lymphadenopathy in pelvic, inguinal and abdominal chains, raising suspicion of metastatic disease. A cervical biopsy was performed. Initial immunohistochemistry of the cervical lesion showed diffuse positivity for LCA and negativity for cytokeratin and p40, raising suspicion for a hematolymphoid neoplasm. Concurrently,

the presence of circulating atypical cells in peripheral blood during early hospitalization prompted hematologic evaluation. Bone marrow aspirate revealed 68% pleomorphic blasts and flow cytometry identified a population of myeloid blasts with monocytic differentiation (CD64++, CD4+, HLA-DR+, CD33++, CD36+, CD14–, CD11b+). Molecular testing for BCR-ABL, FLT3-ITD/TKD, NPM1, and RUNX1-RUNX1T1 mutations was negative. Induction chemotherapy with 7+3 (cytarabine and daunorubicin) was initiated in April. The clinical course was complicated by febrile neutropenia, mucositis and probable invasive fungal pneumonia, managed with liposomal amphotericin B, resulting in initial improvement. In mid-May, the patient developed persistent bone pain and headache. Imaging demonstrated new osteolytic lesions and findings suggestive of central nervous system involvement. Cerebrospinal fluid analysis confirmed leukemic infiltration, with 1.2% of atypical cells exhibiting the same immunophenotypic profile as the diagnostic marrow blasts. Given refractoriness to initial therapy, reinduction was undertaken with the MITO-FLAG protocol (mitoxantrone, fludarabine, high-dose cytarabine). The subsequent course was marked by prolonged aplasia, septic shock of undetermined origin and multiorgan failure, culminating in death on day +19 post-reinduction. **Conclusion:** The absence of recurrent mutations and the rapid clinical deterioration highlight the aggressive nature of AML with monocytic differentiation, particularly when associated with extramedullary involvement. In this case, disease progression occurred despite induction chemotherapy, with leukemic infiltration of the bone marrow, central nervous system and skeleton, further complicated by severe infectious events. Given its capacity to mimic solid tumors, myeloid sarcoma should be included in the differential diagnosis of neoplastic lesions with atypical features, even in the absence of circulating blasts. This is especially relevant in uncommon anatomical sites such as the uterine cervix. Early recognition may significantly impact therapeutic decisions. Ultimately, this case reinforces the importance of maintaining high clinical suspicion and ensuring early hematologic evaluation in patients with unusual tumor presentations.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104636>

ID - 2613

PROGRESSÃO DE SÍNDROME MIELODISPLÁSICA PARA NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITOIDES BLÁSTICAS COM MANIFESTAÇÕES IMUNOLÓGICAS GRAVES

VR Ferrarez, LA Aragão, RCRd Queiroz,
PdS Perez, VdL Costa, BM Oliveira,
LFdM Olivatto, LAP Sales, LM Florio,
ML Dourado, AF Sandes

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São
Paulo, SP, Brasil

Introdução: A neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blásticas (BPDCN) é uma neoplasia hematológica rara e altamente agressiva, caracterizada por expressão de CD4, CD56, HLA-DR e CD123, frequentemente associada a infiltração cutânea (≈90% dos casos) e prognóstico desfavorável. A progressão de neoplasia mielodisplásica (SMD) para BPDCN é incomum, e manifestações imunológicas graves, como síndrome de ativação macrofágica (SAM) e coagulação intravascular disseminada (CIVD), são raramente descritas. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 70 anos, hipertenso, em acompanhamento ambulatorial por SMD de risco intermediário (R-IPSS 3,5) desde dezembro de 2024, em tratamento apenas com suporte transfusional. Em maio de 2025, apresentou piora da pancitopenia, febre persistente e hiperferritinemia, sendo diagnosticado com SAM, com resposta completa à corticoterapia. Após suspensão gradual do corticoide, evoluiu com novas citopenias e surgimento de múltiplas lesões cutâneas. Mielograma e imunofenotipagem da medula óssea detectaram a presença de 58% de blastos que expressam os antígenos CD123, HLA-DR, CD4, CD56, CD36, NG2 e CD7, com ausência de marcadores mieloides (MPO, CD64), linfóide B (CD19, CD10, CD79a) e linfóide T (CD3), confirmando BPDCN. A biópsia cutânea demonstrou proliferação linfóide atípica com expressão de CD7 e CD56, compatível com infiltração cutânea por BPDCN. Durante a internação, o paciente apresentou novo episódio de SAM associado a CIVD, secundários à intensa atividade imunológica da doença. Iniciou-se quimioterapia convencional com mini-HyperCVAD (ciclo 1: ciclofosfamida, metotrexato, dexametasona, doxorubicina, vincristina e citarabina) em agosto de 2025. **Conclusão:** A BPDCN apresenta fenótipo característico e evolução clínica agressiva, com resposta limitada a esquemas quimioterápicos convencionais. Terapias-alvo, como anti-CD123 (tagraxofusp) e inibidores de BCL-2 (venetoclax), têm mostrado resultados promissores, especialmente como ponte para transplante alogênico, embora seu acesso seja restrito em alguns contextos. A associação de BPDCN com SMD é rara e pouco documentada, e o desenvolvimento de SAM e CIVD evidencia a intensa disfunção imunológica da doença, associada a prognóstico adverso. O presente estudo ilustra um caso raro de progressão de SMD para BPDCN, com infiltração cutânea e manifestações imunológicas graves. O reconhecimento precoce e a confirmação diagnóstica por imunofenotipagem são fundamentais para tratamento adequado, e o registro desses casos contribui para ampliar o conhecimento sobre apresentações clínicas incomuns da doença.

Referências:

Singh A, Saab Chalhoub MW, Singh D. Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan–. Updated 2024 Mar 3.

Cuglievan B, Connors J, He J, et al. Blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm: a comprehensive review in pediatrics, adolescents, and young adults (AYA) and an update of novel therapies. *Leukemia*. 2023;37(8):1767-78. doi:10.1038/s41375-023-01884-2

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104637>

ID - 2206

PROTOCOLOS PEDIÁTRICOS DE INTENSIDADE INTERMEDIÁRIA EM ADULTOS COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: EVIDÊNCIAS DE MELHOR SOBREVIVÊNCIA EM UM AMBIENTE COM RECURSOS LIMITADOS

TA Carmo^a, EC Chapchap^b, P Perez^a, A Américo^c, R Queiroz^a, ML Dourado^a, VC Molla^a, C Arrais-Rodrigues^a, AF Sandes^a, FR Kerbauy^a

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A leucemia linfoblástica aguda (LLA) em adultos está associada a menor sobrevida global (SG) e sobrevida livre de progressão (SLP), em grande parte devido a fatores biológicos adversos e a menor tolerância à quimioterapia. Há considerável heterogeneidade nos protocolos terapêuticos empregados nessa população, incluindo, em diferentes contextos, a adaptação de esquemas originalmente desenvolvidos para pacientes pediátricos. Em países com recursos limitados, as disparidades de saúde e o acesso limitado a novas terapias e diagnósticos podem prejudicar o desempenho dos protocolos relatados internacionalmente, levando a resultados inferiores e maior mortalidade. **Objetivos:** Comparar desfechos clínicos e de sobrevida em pacientes adultos com LLA, submetidos a protocolos de alta intensidade (AI) em comparação com protocolos de intensidade intermediária (II). **Material e métodos:** Estudo retrospectivo, unicêntrico, conduzido no Brasil, que incluiu pacientes adultos diagnosticados com LLA entre 2013 e 2025. Dados foram obtidos a partir do banco institucional da UNIFESP (CAAE: 87215625.4.0000.5505). Os pacientes foram divididos em dois grupos conforme a intensidade do tratamento: alta intensidade (protocolos GRAALL e HyperCVAD) e intensidade intermediária (protocolos adaptados St. Jude Total XVI e COG-ALL0434), e avaliados quanto a resposta terapêutica, recidiva e desfechos de sobrevida. O processamento dos dados incluiu análises de sobrevida por meio das curvas de Kaplan-Meier, modelo de riscos proporcionais de Cox e teste de log-rank, além de análises univariadas e multivariadas entre grupos e desfechos de interesse. **Resultados:** Um total de 71 pacientes foram incluídos na análise; 47,9% eram do sexo masculino e a idade média ao diagnóstico foi de 42,9 anos. Dos casos, 78,0% (56) eram compatíveis com LLA-B (incluindo 18 casos de Ph+); 13,7% (9) LLA-T e 8,3% (6) leucemia bifenotípica. Em relação ao tratamento, 34 pacientes receberam protocolos de AI e 37 protocolos de II, em que 84,8% vs 84,3% alcançaram remissão completa (RC) respectivamente. O status negativo para doença residual mínima (DRM) após a consolidação, foi alcançado em 76,9% vs 68,8% (AI vs II p = 0,697); A taxa de mortalidade em 4 meses foi menor no grupo II do que no grupo AI: 21,1% vs 30,3% (p = 0,421); 45,5% e 50,0% foram