

com 14,2% de células mieloides imaturas anômalas que coexpressava CD33/CD117 em associação aos antígenos eritroides CD36/CD71. Paciente evoluiu com diversos episódios infecciosos, com necessidade de UTI, evolui a óbito. Imunohistoquímica de massa biopsiada evidenciou, após óbito da paciente, tratar-se de sarcoma granulocítico (SG), com marcadores positivos para CD3, CD20, mieloperoxidase, CD68 e CD117. **Conclusão:** Esse relato descreve o diagnóstico de sarcoma granulocítico com diferenciação eritroide visualizado em imunofenotipagem através da expressão de CD36 e CD71, sendo uma entidade clínica rara. Seu diagnóstico é difícil, com necessidade de biópsia, suspeição clínica e um bom serviço de patologia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104652>

ID - 3429

**SARCOMA GRANULOCÍTICO
RETROPERITONIAL CAUSANDO SÍNDROME
COLESTÁTICA COMO MANIFESTAÇÃO
INICIAL DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA –
RELATO DE CASO E BREVE REVISÃO
LITERÁRIA**

FGdL Filho, AEFR Freitas, LFB Siebra,
McDn Neto

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(UFRN), Natal, RN, Brasil

Introdução: As manifestações extramedulares (EM) da leucemia aguda incluem uma ampla variedade de fenômenos clinicamente raros e significativos que frequentemente representam dilemas terapêuticos. O sarcoma granulocítico (SG) é um tumor extra medular de células precursoras granulocíticas imaturas, descritas pela primeira vez em 1811. Apresenta-se como uma massa nodular sólida em qualquer órgão, acometendo mais frequentemente linfonodos, pele, ossos e periosteio e, para seu diagnóstico definitivo, é necessário o exame histopatológico. Relatamos um caso de uma paciente com essa patologia, assim como seu diagnóstico e tratamento. **Descrição do caso:** Este relato traz o caso de um paciente homem, 29 anos, sem comorbidades prévias, em março de 2024 iniciou quadro de icterícia percebida em olhos, de forma progressiva para pele e mucosas após uma semana, não flutuante, associada a quadro de prurido em que procurou auxílio médico e durante investigação diagnóstica com apresentou exames laboratoriais: hemoglobina 13,8; leucócitos 5030; plaquetas 325.000; bilirrubina total 12,8 com fração direta 9,3; TGO 295; TGP 572; gama-GT 724 | fosfatase alcalina 1516; albumina 4,5; amilase 803 e tomografia computadorizada apresentando formação expansiva sólida em cabeça de cabeça e processo uncinado de pâncreas medindo aproximadamente 6,9 x 6,0 cm nos maiores eixos axiais, sem plano de clivagem com invasão para vasos mesentéricos e porções do duodeno, sendo encaminhado para o serviço de cirurgia oncológica para investigação. Em maio de 2024 o paciente inicia quadro de astenia, perda ponderal, dispneia aos mínimos esforços e petéquias em tronco e membros

inferiores, sendo internado e apresentando os seguintes exames admissionais: hemoglobina 6,2; leucócitos 33790 com 35% de blastos; plaquetas 6.000; bilirrubina total 26,48 com fração direta 18,01. Realizado imunofenotipagem de sangue periférico que identificou 16,3% de blastos mieloides, com expressão CD14, CD 33, CD 34, CD 45, CD 117, CD 123 e cariótipo 6XY, del(9)q(22), t(11;17)(q13;q21), com PML RARA negativo, sendo diagnosticada Leucemia Mieloide Aguda Monocítica. Imunohistoquímica de lesão retroperitoneal confirmou Sarcoma Granulocítico, e foi iniciada quimioterapia com esquema citarabina e daunorubicina (esquema 3+7), em que o paciente evoluiu com choque séptico por colangite, com necessidade de drenagem aberta de via biliar, com melhora do quadro infeccioso. Apresentou resposta parcial ao esquema 3+7, sendo feito quimioterapia de 2ª linha com mitoxantrona, etoposide e citarabina, com resposta medular. Paciente seguiu tratamento com Venetoclax e Azicidina, com Doença Residual Mínima negativa desde junho de 2024, em acompanhamento ambulatorial no serviço de referência. Apresenta resolução completa do quadro de icterícia e pequena massa retroperitoneal em que nova biópsia revelou tecido fibrótico, sem repercussão clínica. **Conclusão:** Em conclusão, SG retroperitoneal com envolvimento medular é uma entidade clínica rara. Seu diagnóstico é difícil, visto que é necessária sua suspeição clínica e um bom serviço de patologia. Terapias locais, como ressecção cirúrgica e radiação são geralmente inadequados e, quimioterapia sistêmica é o tratamento recomendado em todos os casos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104653>

ID - 2857

**SARCOMA MIELOÍDE EM MAMA COMO
MANIFESTAÇÃO ISOLADA: RELATO DE CASO**

ET Saito, FF Camargo, ABD Manduca,
JDO Nielson, E Kososki, AL Stollenwerk,
MS Pastori, KP Melillo, DLM Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini
(HTEJZ), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O sarcoma mielóide (SM) em mama é uma forma rara de apresentação da leucemia mielóide aguda (LMA), com ou sem envolvimento concomitante da medula óssea. A apresentação clínica é inespecífica, simulando tumores primários da mama. O diagnóstico depende de exame histopatológico e imunohistoquímico, com a identificação de marcadores mieloides. O presente relato descreve um caso de sarcoma mielóide em mama isolado, destacando os desafios diagnósticos. **Descrição do caso:** Mulher, 23 anos, sem antecedentes pessoais e familiares relevantes, apresentou nódulos endurecidos e indolores na mama esquerda. Ultrassonografia evidenciou lesões nodulares, hipocogênicas e de contornos regulares, a maior medindo 1 cm, classificadas como BIRADS 3. Foi submetida à exérese de um dos nódulos, cuja análise histopatológica e imunohistoquímica concluiu o diagnóstico de SM em mama (MPO, cKIT e CD34). Estudo medular sem evidência de doença. Recebeu quimioterapia de indução com