NEOPLASIA MIELODISPLÁSICA: BLASTOS ERITRÓIDES & ANÁLISE MORFOLÓGICA DE MEDULA ÓSSEA

MT Souza, BB Cal, BB Arnold, ME Pelicer, RO Coelho, LP Menezes, IA Campinas, ACB Sibar, LO Cantadori, L Niero-Melo

Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Neoplasias Mielodisplásicas (NMD) são caracterizadas por graus variados de citopenia e insuficiência de medula óssea (MO) com displasia e risco de progressão para Leucemia Mieloide Aguda (LMA). A classificação WHO de 2022 propões subdivisões por critérios de citogenética convencional e molecular, com revisão da porcentagem de blastos necessária para distinção entre LMA x NMD. A Leucemia Eritróide Aguda (LMA-M6, pela classificação FAB), mantém critério diagnóstico pela predominância eritróide (≥80% dos elementos na MO) e ≥30% de proeritroblastos. O presente trabalho objetiva relatar caso de NMD com aumento de blastos eritróides, com foco morfológico. **Caso clínico:** Homem, 73 anos, tabagista, encaminhado por astenia e hiporexia há 2 meses. **Exames de entrada:** a) GV 1,77 milhões/mm^3_ Hb 6,9 g/dL_ Ht 21,1%_ VCM 119 fl_ RDW 15,9%_ HCM 38,2 pg_ CHCM 32 g/dL_ Plaquetas 46 mil/mm^3_ GB (/mm^3) 2.800: neutro=1360_linfo=1110; b) Eletroforese de proteínas séricas e sorologias sem alterações. À análise do sangue periférico: dacriócitos e eliptócitos. MO (mielograma e imprint) revelou série eritróide hipercelular com duas subpopulações: a) uma com várias mitoses anômalas, com displasia exuberante, com formas multinucleadas, gigantes, sugestivas de eritroblastos tipo M6; b) subpopulação com microeritroblastos, com numerosas falhas de hemoglobinização, mitoses incompletas, células em apoptose e eritrofagocitose importante. A série megacariocítica mostrou dispoese expressiva, com microformas, formas mononucleares e núcleos fragmentados. Setor granulocítico com dispoese moderada, formas pelgeroides e maturação presente até segmentados. **Histologia:** hipercelularidade intensa da MO, displasias eritroide e megacariocítica; fibrose grau II focal. Quadro morfológico consistente com Neoplasia Mielodisplásica em transformação para LMA-M6. **Cariótipo:** inconclusivo. Iniciado tratamento com hipometilante, com boa tolerância até o momento. **Discussão:** As NMD são doenças clonais da linhagem mieloide, abrangendo vários subtipos. O diagnóstico é estabelecido pela displasia na MO: o aspirado permite avaliação detalhada da citologia e do percentual de blastos, cuja contagem manual ainda é fundamental à estratificação de risco; a histologia determina a celularidade geral e de sublinhagens, bem como a arquitetura destas. No presente caso, há características clínico-morfológicas típicas da NMD, sobretudo quanto ao setor eritróide (formas multinucleadas, bizarras, em apoptose, falhas de hemoglobinização), assim como no setor megacariocítico (microformas, monoformas e núcleos fragmentados), ressaltando as formas eritróides imaturas tipo M6. Tanto a Anemia Refratária com Excesso de Blastos (RAEB) ou NMD com predominância eritróide, mostram características morfológicas e imunofenotípicas que podem se sobrepor à Eritroleucemia, possivelmente representando um *continuum* evolutivo de doença, culminando com proliferação mieloide leucêmica. A persistência de proeritroblastos mantém relação com resistência ao tratamento e pior prognóstico em pacientes com LMA. **Conclusão:** O presente relato destaca a importância morfológica e o desafio diagnóstico nas NMD, com necessidade de atenção aos detalhes. Aqui, os blastos tipo M6 apontam para uma doença em evolução, sendo o estudo morfológico da MO ainda central para o diagnóstico, entendimento fisiopatológico e prognóstico das mielodisplasias.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.812

ANÁLISE RETROSPECTIVA DE CASOS DE SÍNDROME MIELODISPLÁSICA ATENDIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UEPG

LM Dionisio [a,b], ALM Possetti [b], ESA Lisboa [b]

[a] *Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa, PR, Brasil*
[b] *Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HU), Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa, PR, Brasil*

Introdução/Objetivos: Síndromes mielodisplásicas (SMD), são um grupo heterogêneo de doenças clonais malignas que provocam displasia nas células hematopoiéticas na medula óssea, associada à anemia, neutropenia ou trombocitopenia. A fisiopatologia da SMD inclui diversos processos, envolvendo anormalidades cromossômicas e moleculares. Com relação à sua epidemiologia, não há dados precisos de incidência e prevalência de SMD no Brasil. Conhecer o perfil dos pacientes de SMD em cada instituição é necessário para estabelecer planos de melhoria e aprimoramento de fluxos diagnóstico e terapêuticos. A presente pesquisa tem por objetivo realizar uma análise retrospectiva dos aspectos clínicos e laboratoriais dos casos de SMD diagnosticados no Hospital Universitário da UEPG entre 2018 e 2022. **Material e métodos:** A pesquisa foi realizada por meio de consulta aos prontuários eletrônicos. Foram incluídos pacientes adultos, de ambos os sexos. As informações avaliadas foram: idade, sexo, estratificação de risco ao diagnóstico (IPSSR), histórico transfusional e de quimioterapia/radioterapia e desfechos (óbito, perda de seguimento e evolução para leucemia mieloide aguda (LMA)). Foram analisados os resultados de citogenética, biópsia, imunofenotipagem, mielograma e hemograma. **Resultados:** 23 pacientes foram incluídos, sendo 12 do sexo feminino e 11 masculino. A média de idade foi de 68,5 anos (±12,2). A avaliação do IPSSR indicou 17,4% dos pacientes de muito baixo risco, 34,8% de baixo risco, 17,4% de risco intermediário, 21,7% de alto risco e 8,7% de muito alto risco. 39,1% eram dependentes de transfusão ao diagnóstico, e nenhum possuía histórico de quimio ou radioterapia. Apenas um caso evoluiu para LMA, e 4 vieram a óbito. Houve perda de seguimento em 35% dos casos. Alterações citogenéticas estavam presentes em 56,5% dos casos, sendo 17,4% deles com cariótipo complexo. Os achados mais frequentes foram del(5q) (21,7%) e del (20q) (13%). Na biópsia, 70% dos pacientes apresentaram medula hipercelular, 25% hipocelular e 5% normocelular.