vez que o ciclo de alta intensidade chega a ser quase 10 vezes mais caro que o de baixa intensidade, gerando um custo médio total de quase o dobro do valor entre eles. Além disso, quanto menor o risco do paciente para TCTH, menor o seu custo. **Conclusões:** Em função do alto impacto econômico do manejo da LMA, focar em tratamentos que reduzem a ocorrência de hospitalização, que são capazes de manter o paciente controlado e em baixo risco e aumentem a qualidade de vida são fatores fundamentais a serem considerados no processo de tomada de decisão. **Financiamento:** Este estudo foi patrocinado pela Astellas Farma Brasil.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.262

261

IMPROVING MORTALITY IN AML IN LOW-TO-MEDIUM-INCOME COUNTRIES (LMIC): THE IMPACT OF SELECTIVE DIGESTIVE TRACT DECONTAMINATION WITH GENTAMYCIN, VORICONAZOLE PROPHYLAXIS AND SINGLE-BED ROOMS

B.K.L. Duarte, A.G.O. Braga, L.F. Bachur, L.G.O. Cardoso, R. Fagnani, K.B.B. Pagnano, P. Trabasso, M.C. Ozelo, E.V. Paula

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil

Introduction: AML survival in low- and medium-income countries (LMIC) is still dismal, with median overall survival of less than a year, mainly related to high treatment-related mortality (TRM) rates associated with infectious complications. In recent years, this scenario has been aggravated by the increasing rates of carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae* (CRE) bloodstream infections (BSI), with mortality rates of up to 50% per episode. **Objectives:** To describe the positive impact of a bundle of simple and readily available measures on both infectious complications and AML TRM. **Methods:** Eligible AML patients were treated with standard chemotherapy induction (7+3) and high-dose cytarabine consolidation in non-HEPA filtered double-occupancy rooms. Antimicrobial prophylaxis included fluconazole and levofloxacin. Beginning March 2016, patients were given voriconazole as prophylaxis during neutropenia, after induction and in all consolidation cycles. In addition, after an outbreak of CRE colonization/BSI in late 2016, we also adopted, beginning March 2017, two additional interventions: (1) selective digestive tract decontamination (SDD) with PO gentamycin (60 mg qid) in those with a positive routine surveillance rectal swab for CRE (performed weekly), and (2) AML treatment in single-bed rooms. We retrospectively analyzed the outcomes of 133 consecutive newly diagnosed *de novo* AML patients undergoing intensive treatment between January 2011 and March 2020. Patients were analyzed according to whether they received or not the combination of voriconazole, gentamycin (if colonization by CRE was documented in rectal swabs) and treatment in single-bed rooms (VGSB - voriconazole/gentamycin/single-bed rooms). **Results:** During the study period, seventy-eight (58.6%) patients received standard supportive care, while 39 (29.4%) were treated under VGSB measures;16 (12%) received only voriconazole prophylaxis and were grouped with the supportive care patients for the survival analysis. Voriconazole prophylaxis was associated with lower 1-year rates of IFI (16.6%, 95% CI: 11-22% *vs.* 49.5%, 95%CI: 41.5-57.5, p = 0.04). Likewise, SDD with gentamycin in CRE colonized patients effectively reduced the 1-year rate of CRE BSI episodes (22.2%, 95% CI: 8.3-36.1% *vs.* 73.9%, 95% CI: 63.1-84.7%). Consistent with these findings and with a multivariate survival analysis which established CRE BSI as an independent prognostic variable for 1-year overall survival (HR = 10.152 (95% CI: 1.165-4.212), p = 0.015), VGSB patients had improved 60-day (61.7%, 95% CI: 56.7-66.7 *vs.* 87.2%, 95% CI: 81.8-92.6, p = 0.006) and 1-year overall survival (35.8%, 95% CI: 30.8-40.8, *vs.* 56.3, 95% CI: 47.6-65) compared with patients in the standard of care group. **Discussion:** Here we have showed a consistent reduction in mortality, incidence of CRE BSI and IFI after implementation of a set of supportive measures readily available in most settings. Additional studies are warranted to evaluate the relative impact of each component of this bundle, particularly AML treatment in single-bed rooms and SDD with gentamycin, on these results. **Conclusions:** The addition of Voriconazole prophylaxis, SDD with gentamycin and single-bed rooms to standard AML treatment results in a clinically meaningful increase in AML survival. This finding should impact practice in LIMC and settings with an elevated incidence of CRE BSI.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.263

262

INCIDÊNCIA E PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA E LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA NA GRANDE CUIABÁ, MATO GROSSO, BRASIL, 2000-2016

G.S.L. Neto[a], C.V. Gomes[a], D.V. Nunes[a], L.B. Aguilar[a], L.H.F. Montenegro[b], N.D. Galvão[c], F.N. Melanda[c]

[a] *Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil*
[b] *Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil*
[c] *Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil*

Introdução: Os tipos mais comuns de leucemias agudas incluem a Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), afetando principalmente a primeira infância e rara em adultos, e a Leucemia Mieloide aguda (LMA), a qual afeta todas as faixas etárias, mas torna-se mais comum com o aumento da idade. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo descrever os casos incidentes de LLA e LMA em Cuiabá e Várzea Grande, Mato Grosso, no período de 2000 a 2016. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, de fonte secundária, pertencente a um projeto maior, denominado "Vigilância de Câncer e fatores Associados: Atualização dos Registros de Base Populacional e Hospitalar", realizado em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso. Os dados foram obtidos por meio do sistema de Registros de Câncer de Base Populacional e analisados por meio do software SPSS Statistics®. Os resultados serão apresentados por meio de frequências absolutas e rela-

tivas, medidas de tendência central e de dispersão. O método usado para identificar os casos de leucemias foi baseado na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, capítulo II, a partir dos códigos C90 a C95. Foram considerados casos específicos de LLA e LMA aqueles classificados com os códigos C91.0 e C92.0, respectivamente. **Resultados:** Foram registrados 280 casos de LLA e LMA durante o período analisado, o que corresponde a 40,4% de todos os casos de leucemias relatados, sendo 154 (22,2%) casos de LLA e 126 (18,2%) relacionados à LMA. Quanto ao sexo, para os casos de LLA, a maioria correspondia ao sexo masculino (51,3%). Resultado contrário foi observado para LMA, em que a maioria referia-se ao sexo feminino (56,3%). Entre aqueles com LLA, a idade média em que ocorreu o diagnóstico foi de 19,4 anos (DP = 21,3), e em 31,2% dos casos, até os primeiros cinco anos de vida. Entre os acometidos por LMA, a idade média foi de 43,2 anos (DP = 25,4). No que diz respeito à raça/cor, houve predominância em pardos/pretos em ambas as leucemias (48,0% e 54,8% dos casos de LLA e LMA, respectivamente), seguidos de brancos (34,4% e 34,1%, respectivamente). Em relação ao estado civil, ambos tiveram prevalência em solteiros, com 31,4% dos casos. Contudo, 47,1% dos casos não possuíam essa informação, acontecendo o mesmo com 70,4% no que tange ao grau de instrução. Os anos de maior incidência para os casos de LLA foram 2003 com 14,9% e 2013 com 9,1% dos afetados, enquanto que para os casos de LMA, tal variável se deu em 2015 com 15,3% e em 2008, com 10,3% dos casos. **Discussão:** Segundo a Sociedade Americana de Câncer, cerca de 30% dos casos de leucemias correspondem a LMA, enquanto 10% são LLA, ambos com incidências ligeiramente maiores no sexo masculino do que no sexo feminino. Percebe-se, portanto, que a incidência de casos de LMA durante os anos 2000-2016 em Cuiabá e Várzea Grande apresentou-se abaixo da esperada, assim como a idade média ao diagnóstico. Além disso, houve maior incidência de casos de LMA em indivíduos do sexo feminino comparado ao sexo masculino. Para os casos de LLA, nota-se incidência maior que a média americana, mas com a manutenção de maior número de casos relatados na primeira infância. **Conclusão:** A identificação da ocorrência de Leucemia Linfoblástica Aguda e Leucemia Mieloide Aguda e a caracterização do perfil das populações acometidas auxiliam a identificação precoce e a proposição de medidas para o manejo e o tratamento dos casos.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.264

263

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA LEUCOSE AGUDA, DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA: RELATO DE CASO

M.R. Costa, R.E.O. Guimarães, N.D.P.Y. Caro, I.O. Dias, M.A. Carneiro, F.S.D. Santos, G.V.C. Freire

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Homem de 72 anos, atendido em outubro/2019 na urgência do Hospital Felício Rocho de Belo Horizonte com quadro de síndrome coronariana aguda (SCA) sem supra-ST. Revisão laboratorial evidenciou troponina positiva, hiperleucocitose (GL 106.700/mm^3, 72% blastos), anemia (Hb 10,4 g/dL) e plaquetopenia (13.000/mm^3). Aventada hipótese de IAM tipo 2 secundário a leucostase. Transferido à UTI, onde foi submetido a estudo medular: Mielograma com MO acentuadamente hipercelular, infiltrada por 76,5% de blastos mielóides grandes, citoplasma moderado, basofílico com grânulos, núcleo arredondado e raros bastonetes de Auer. Imunofenotipagem detectou 33,8% de blastos mieloides, compatível com Leucemia Mieloide Aguda. Cariótipo de medula 46, XY. Biópsia de Medula óssea com achados compatíveis com quadro leucêmico agudo (hipercelular 90%, celularidade imatura/blástica 40%). Análise citogenética- FLT3 não mutado, BCR-ABL negativo, NPM1 negativo. Não foi possível realizar cineangiocoronariografia no primeiro momento devido severa plaquetopenia, sendo optado iniciar tratamento quimioterápico com o agente hipometilante, Azacitidina. Apresentou congestão sistêmica e pulmonar após o primeiro ciclo de QT, decorrente de cardiotoxicidade, ecocardiograma transtorácico antes da QT com fração de ejeção 56% e após QT 45% associado a piora do Strain (-25,5% para -18,2%). Otimizado tratamento para insuficiência cardíaca com melhora clínica global, normalização da FE (65%) e do Strain (-21,2%). No segundo ciclo foi associado ao hipometilante o inibidor de BCL-2, Venetoclax, sem intercorrências e com boa tolerância. Posteriormente realizou AngioTC de coronárias, que evidenciou lesão não calcificada em 1/3 proximal de artéria descendente anterior (DA), com obstrução grave. Cateterismo revelou DA com obstrução luminal grave (80%) em terço proximal e obstrução luminal moderada (50%) em terço médio. Submetido em fevereiro/2020 a angioplastia com implante de stent farmacológico na DA com bom resultado angiográfico final. Estudo medular de controle em junho/2020, evidenciou medula normocelular. Realizou total de 04 ciclos de azacitidina e está em uso contínuo de venetoclax até o momento. Segue em assistência com equipes de Hematologia e Cardiologia. **Discussão:** Nas leucemias agudas nem sempre os sintomas iniciais serão clássicos como fadiga, anemia, infecções ou sangramentos. Nesse caso o diagnóstico de leucemia mieloide aguda foi com manifestação inicial de síndrome coronariana aguda secundário a leucostase, que se caracteriza por contagem extremamente elevada de células blásticas e sintomas de perfusão tecidual diminuída. De acordo com a 4ª definição universal de infarto, o IAM tipo 2 ocorre no contexto de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio para o miocárdio e, pode ocorrer na presença de doença coronariana aterosclerótica subjacente, como foi evidenciando nesse paciente. Nas leucemias agudas, sobretudo no subtipo mielóide, deve-se considerar maior risco coronário, pois além da hiperleucocitose, os blastos mieloides apresentam morfologia de tamanho elevado, demandando maior volume intra-luminal. Evidências sugerem que apresentações leucostáticas, como IAM, pode ocorrer na LMA com hiperleucocitose extrema, particularmente se houver aterosclerose preexistente.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.265