

dade do quadro. Foi reinternada no dia 26 de junho de 2017 com queixa de dor abdominal difusa. No do internamento apresentou triglicerídeos de 17.390 e colesterol total de 1.444. A TC de tórax e abdome mostrou um derrame pleural bilateral e líquido livre em retroperitônio, ambos de pequeno volume, além de hepatomegalia, imagem hipodensa em lobo hepático direito e cálculo biliar. Ultrassom mostrou padrão de esteatose hepática leve. Em 27/06, foram suspensos Sirolimus e Ruxolitinibe e iniciados Ezetimibe, Fenofibrato e Atorvastatina. Primeira plasmaférese realizada em 28/06. Após as condutas, ocorreu melhora dos níveis de triglicerídeos e colesterol total (740 e 155, respectivamente), mas evoluiu com anasarca, TC com congestão pulmonar e espessamento pericárdico, pancitopenia e elevação de TGO/TGP, sendo então suspensas as estatinas e antifúngicos azólicos. Apresentou então redução da função sistólica, derrame pericárdico moderado, oligúria e piora da anasarca. Evoluiu para derrame pericárdico volumoso com sinais de tamponamento cardíaco, com parada cardiorrespiratória e óbito em 05/07/17. Hipertrigliceridemia é uma complicação reconhecida de transplantes de medula alogênicos, e DECH é considerado um fator de risco independente para tais alterações metabólicas pós-transplante. A associação entre a DECH e o aumento de triglicerídeos pode estar vinculado ao uso da terapia imunossupressora. O Sirolimus apresenta a hipertrigliceridemia como efeito colateral conhecido, e a terapia a longo prazo pode levar a casos severos, com níveis de triglicerídeos acima de 1.000 mg/dL. Existem evidências que o seu uso concomitante ao do Ruxolitinibe pode provocar elevação no padrão lipídico. O tratamento de primeira linha é feito com estatinas, associado a monitoramento clínico para interações medicamentosas. Em casos de hipertrigliceridemia moderada a severa, pode-se considerar o uso de ômega-3 e fibratos, bem como entre os tratamentos de segunda linha estão niacina, Ezetimibe ou Colesevelam. Muitos pacientes desenvolvem hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia tendo como maior associação o tratamento da DECHc. As interações entre as medicações imunossupressoras e as hipolipemiantes utilizadas para tratamento dos efeitos colaterais do tratamento anterior precisam ser regularmente monitoradas, pois as alterações são clinicamente importantes. Em caso de associação de corticoesteróides Sirolimus e Ruxolitinibe, rigoroso controle do perfil lipídico deve ser implementado face aos casos descritos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.487>

486

LEVOFLOXACINO PROFILÁTICO EM PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO SUBMETIDOS A TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS

J. Passos^{a,b}, M. Cunha^a, M. Landau^a, R. Bulak^a, J. Teles^b, A. Sampaio^a, Y. Gonzaga^b

^a Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Pacientes submetidos a transplante autólogo de células tronco hematopoéticas (TCTH) apresentam alto risco de neutropenia febril (NF), que pode se associar a maior morbi-mortalidade, tempo de internação e custos. A profilaxia com fluoroquinolonas (FQ) nesse contexto permanece controversa. **Objetivo:** Comparar as taxas de NF em pacientes com Mieloma Múltiplo (MM) submetidos a TCTH que receberam ou não profilaxia com levofloxacino. **Materiais e métodos:** Foram coletados, retrospectivamente, dados clínicos e laboratoriais de 24 pacientes com MM submetidos a TCTH em 1ª linha entre 2015 e 2020 em uma única instituição. Todos os pacientes foram condicionados com Melfalano e receberam G-CSF a partir do D+1. Metade dos pacientes recebeu levofloxacino profilático na dose de 500 mg por via oral, iniciada no D+1 e mantida até a pega neutrofilica ou o episódio de NF. Os grupos com e sem profilaxia foram comparados em relação ao desenvolvimento de NF durante o período de aplasia após o condicionamento. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o software estatístico R versão 3.6.3 (2020). **Resultados:** Dos 24 pacientes avaliados, 19 (79%) apresentaram NF: 12 no grupo que não recebeu profilaxia e 7 no grupo que recebeu profilaxia (100 x 58%; p = 0.02). Os grupos eram equilibrados em relação a potenciais variáveis confundidoras, como idade, comorbidades, número de células CD34 infundidas e tempo de neutropenia. Todos os pacientes que apresentaram febre iniciaram antibioticoterapia com cefepime. Não houve diferença significativa nos episódios de diarreia entre os grupos e nenhuma infecção por *Clostridium difficile* ou infecção de corrente sanguínea (ICS) por bactéria resistente a cefepime foi documentada. Não houve nenhum óbito relacionado ao transplante e todos os pacientes receberam alta após a recuperação medular. **Discussão:** Os riscos e benefícios da profilaxia com FQ em pacientes oncohematológicos têm sido amplamente debatidos. Uma meta-análise aponta para redução na incidência de ICS durante o período de neutropenia, mas os resultados são de difícil generalização, pois as populações estudadas são heterogêneas e incluem pacientes com leucemias agudas em quimioterapia e pacientes submetidos a diferentes modalidades de transplante de células tronco hematopoéticas para o tratamento de diversas patologias. Além disso, existe a preocupação com o risco de emergência de bactérias resistentes caso essa prática seja adotada de maneira mais ampla. Nosso estudo avaliou o desenvolvimento de NF em um grupo específico de pacientes portadores de MM submetidos a TCTH. Apesar de suas limitações, como o desenho retrospectivo e o pequeno número de paciente avaliados, foi evidenciada uma redução significativa nos episódios de NF nos pacientes que receberam profilaxia com levofloxacino. **Conclusão:** A profilaxia com levofloxacino parece ser eficaz na redução dos episódios de NF em pacientes com MM submetidos a TCTH, sem aumento nos episódios de diarreia, colite pseudomembranosa ou ICS por bactérias resistentes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.488>

