

mieloide. A citogenética realizada revelou a presença de t(8;21)q(22,22)+21 em 16 metáfases em cariótipo e ausência de mutação em FLT3 em biologia molecular. Devido ao quadro clínico debilitado e status performance ruim, optou-se por iniciar tratamento quimioterápico com azacitidina. O paciente segue em internamento hospitalar e cuidados de suporte. **Discussão:** O risco de transformação leucêmica nas doenças mieloproliferativas varia entre 1-4% na trombocitemia essencial e policitemia vera até 20% nas mielofibroses em dez anos. Decorre principalmente de origem mielóide, com raros casos de origem linfóide descritos. Está relacionada a pior prognóstico, devido à associação de características moleculares e morfológicas distintas das Leucemias de novo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.308>

TRANSFUSÃO DE CONCENTRADO DE PLAQUETAS NAS LEUCEMIAS AGUDAS: REPERCUSSÕES NO TEMPO CUMULATIVO DE ANTIBIOTICOTERAPIA



JVA Silva^a, ACNR Lima^a, AVB Araújo^a, BCF Borges^a, DG Britto^a, ER Meneses^a, GF Sá^a, MFT Abreu^a, MM Maciel^a, DS Oliveira^b

^a Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE, Brasil

^b Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce), Fortaleza, CE, Brasil

Objetivos: Analisar a relação da transfusão do Concentrado de Plaquetas (CP) com o tempo cumulativo de antibioticoterapia em pacientes com leucemia aguda. **Material e métodos:** A presente produção foi elaborada a partir de um estudo transversal retrospectivo, dos anos 2010 a 2012 com casos de leucemias agudas em serviço público terciário em Fortaleza, CE. Os dados foram coletados de prontuários, e compilados para análise bioestatística. **Resultados:** Foram coletados dados de 21 prontuários, 57,1% (12) destes pacientes foram diagnosticados com leucemia mieloide aguda e 42,9% (9) com leucemia linfóide aguda. Na regressão linear univariada (RLUV), nenhum dos dados coletados esteve relacionado isoladamente ao aumento dos dias cumulativos de uso de antibiótico (DCA), que corresponde à soma do tempo de uso de antibióticos específicos com intuito terapêutico. Porém, ao realizar-se a regressão linear multivariada (RLMV), dos parâmetros estudados (hemoglobina, leucócitos, contagem absoluta de neutrófilos, plaquetas, contagem de blastos periféricos, alanina transferase, aspartato transferase albumina, lactato desidrogenase, neutropenias febris, concentrado de hemácias, Concentrado de Plaquetas), os que tiveram significância clínica ($R^2 > 0,5$) e estatística (p-valor $< 0,05$) foram contagem de blastos no sangue periférico ao diagnóstico e o número de CP utilizados. Outrossim, na RLMV utilizando somente esses parâmetros, obtiveram significância estatística o CP (p-valor = 0,016) e a contagem de blastos periféricos (p-valor = 0,039), mas não significância clínica ($R^2 = 0,34$). **Discussão:** Por meio dos resultados da pesquisa, foi revelado que nenhuma das variáveis estudadas, conseguiu prever, adequadamente, o comportamento do DCA isoladamente. Contudo,

o número de componentes de plaquetas (CP) esteve associado positivamente com o aumento do DCA. Uma possível explicação para isso consiste no fato de a transfusão de plaquetas estar associada a 30% de reação febril não hemolítica, de modo que, durante o período de neutropenia pós-quimioterapia, esse evento adverso pode ser gatilho do manejo do paciente com neutropenia febril. Assim, a instituição de antibioticoterapia de amplo espectro seria iniciada sem um processo infeccioso definido. Ademais, é importante considerar, na interpretação da relação CP e DCA, o fato de a transfusão de plaquetas estar atrelada ao maior risco de contaminação bacteriana e isso, provavelmente, aumenta a necessidade de antibioticoterapia. **Conclusão:** A partir do que foi exposto, depreende-se que é importante definir com precisão a indicação de CP, bem como a instituição de políticas de detecção precoce de reações adversas. Destarte, a transfusão de concentrados de plaquetas deve ser sempre avaliada ponderando o risco de reações ao paciente. Devido ao número reduzido de casos, é necessária uma maior quantidade de dados e estudos para se obter uma melhor análise dessas variáveis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.309>

TRANSPLANTE AUTÓLOGO COMO TERAPIA NA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA, REALMENTE UM TRATAMENTO OBSOLETO? – RELATO DE DOIS CASOS



VMA Bandeira^a, MP César^a, MCG Silva^a, AQMS Aroucha^a, MCB Correia^b, JO Vieira^a, ACC Lopes^a, MFH Costa^{a,b}

^a Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: Mesmo com os avanços recentes sobre a biologia da doença e em relação a marcadores prognósticos, por meio de técnicas laboratoriais modernas, muito pouco tem se avançado em drogas no tratamento de leucemia mieloide aguda (LMA) em adultos. Geralmente, a maioria dos pacientes é submetido a indução (3+7), consolidação com altas doses de citarabina e transplante de medula óssea alogênico e/ou autólogo. Nas recaídas, as quimioterapias empregadas possuem esquema com fludarabina e/ou mitoxantrone. Não há evidências científicas que orientem manutenção nas LMAs. Caso a parte, é o tratamento da leucemia promielocítica com protocolo de antracíclicos + ácido trans-retinóico (ATRA) ou trióxido de arsênio (ATO) na indução e nas consolidações em conjunto com citarabina e mitoxantrone, com manutenção de 2 anos; em refratários, o uso de trióxido de arsênio é realizado, bem como transplante alogênico e ou autólogo. Todos esses tratamentos idealmente devem ser seguidos após estudo minucioso de aspectos moleculares a fim de que se possam ser planejados os melhores tratamentos, como é o caso da inclusão do gilteritinibe, naqueles refratários e recaídos FLT3+. **Objetivo:** descrever dois casos clínicos de pacientes portadores de LMA – M4 na primeira remissão e LMA-M3 recaída e refratária submetidos a transplante de