

percebidas após o diagnóstico da neoplasia hematológica já estabelecido. Tal diagnóstico é desafiador, mas deve ser sempre lembrado como hipótese em pacientes com outros sinais e sintomas que possam indicar doença hematopoiética. Exames simples como o hemograma podem direcionar o pensamento clínico, entretanto o diagnóstico só poderá ser firmado com exames mais específicos como imunofenotipagem e biópsia do cloroma. Além disso, é válido atentar para erros de leitura pela interpretação automática do hemograma, que podem confundir o clínico, gerando atraso no diagnóstico. Caso o quadro clínico seja compatível, na presença de bicitopenia, sempre deve ser considerada a possibilidade de leucemia aguda.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.250>

249

DERRAME PLEURAL COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA: RELATO DE CASO



D.B. Lamaison, L.L.A. Silva, T.Y. Barbeta, A.S. Ribeiro, J.P. Portrich, T.C.M. Ribeiro, E.D.D. Santos, E.T. Calvache, C.S. Weber, A.A. Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Relato de caso: Paciente, 62 anos, feminino, procurou atendimento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre por dispnéia aos pequenos esforços e cansaço, de caráter progressivo, iniciados há 30 dias, associados a dor ventilatório dependente em hemitórax à direita além de tosse. Fez uso de antibioticoterapia empírica - levofloxacino - sem melhora. Realizou radiografia de tórax, confirmando derrame pleural moderado e hemograma com anemia com padrão de doença crônica, leucocitose ($16,2 \times 10^3/\text{microL}$) com predomínio de blastos (54% do total) além de plaquetopenia moderada. Procedido então biópsia de medula óssea. Ao mielograma observava-se 91% de blastos, com estudo imunofenotípico com predomínio de células imaturas (CD 34+ fraco) com traços maturativos característicos de diferenciação à linha monocítica (CD64+ forte, HLADR+, CD15+ heterogêneo, cMPO-) em estágio monoblástico assincrono. Apresentava, também, cariótipo 46,XX, del(12)(12p), sugestiva de origem associada a Síndrome Mielodisplásica. Feito pesquisa de mutação FLT3-ITD, ausente. Realizou-se imagem tomográfica do tórax, com moderado derrame pleural à direita, com atelectasia subtotal do lobo inferior direito. Procedido drenagem de líquido pleural, com padrão de exsudato, com citopatológico positivo para células malignas, além de imunofenotipagem do líquido pleural com 65% de células comprometidas com a linhagem monocítica com fenótipo semelhante às células encontradas em medula óssea ao diagnóstico. Conclui-se, então, caso de leucemia mielóide aguda (LMA) monoblástica com derrame pleural neoplásico. Após indução com 7+3, paciente atingiu remissão completa (CR1) e não refez derrame pleural. **Discussão:** Derrame pleural como apresentação secundária a LMA é raro e pobremente compreendido. Mais raro ainda é a detecção de células leucêmicas no líquido pleural. Sabe-se que as malignidades hematológicas mais comuns que cursam

com derrame pleural são os linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin, porém, as leucemias agudas e crônicas raramente apresentam esse achado. O envolvimento extramedular no curso das leucemias pode ser evidenciado ao diagnóstico, acompanhando o envolvimento medular, ou pode ocorrer no curso da doença como complicação. Dentre os poucos casos descritos na literatura, a maioria destes envolvem leucemias de origem linfóide e poucos casos são de leucemia aguda não-linfóide. O significado prognóstico da presença de derrame pleural no contexto de leucemias agudas ainda é incerto. Alguns autores afirmam que não afeta os índices de remissão e sobrevida, porém outros relatam pior prognóstico. Dentre as anormalidades citogenéticas, nas células do líquido, associadas a pior prognóstico, incluem-se cariótipos complexos, del(5q), -7, ou anormalidades no 3q. Após início do tratamento para doença de base, o derrame pleural geralmente desaparece, resultando em melhora importante dos sintomas. Caso a remissão não seja atingida, a recorrência do derrame é quase inevitável, podendo evoluir com acúmulo massivo de líquido, cursando com insuficiência respiratória. Nestes casos, é necessário avaliar indicação de quimioterapia intrapleural ou esclerose química. **Conclusão:** A partir das manifestações clínicas e com achados imagéticos e laboratoriais, constatou-se que a paciente do caso acima apresentou manifestação rara inicial ao diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.251>

250

DESFECHO CLÍNICO EM PACIENTES COM LEUCEMIA AGUDA E COLONIZAÇÃO POR BACTÉRIAS MULTI-DROGA RESISTENTE



G. Matias, M.C.N. Seiwald, C.C.J. Oliveira, D.D.S. Sá, L.S. Gandolpho, F.R. Kerbauy

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Pacientes com neoplasias hematológicas tem grande risco de bacteremia por bactérias gram-negativas pelo período prolongado de neutropenia secundária a doença de base e ao tratamento. Porém, Bactérias Multi-droga Resistente (MDR) estão se tornando cada vez mais frequentes nessa população elevando sua morbimortalidade. **Objetivo:** Avaliar o perfil e o desfecho clínico, incluindo mortalidade, de pacientes com diagnóstico de leucemia aguda e colonização por bactérias MDR. **Material e métodos:** Análise retrospectiva de 91 pacientes consecutivos com diagnóstico de leucemia aguda no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2020 em centro único. **Resultados:** Foram analisados 91 pacientes. Destes, 56 (62%) foram diagnosticados com leucemia mielóide aguda. Quarenta e quatro (48%) pacientes eram do sexo masculino e a mediana de idade foi de 55 anos (18-85 anos). Observou-se que 45% dos indivíduos eram colonizados com bactérias MDR, sendo a mais prevalente a *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase encontrada em 34 (37%) pacientes, seguida pelas bactérias *Enterococcus* Resistente a Vancomicina em 7 (7,6%). Dez (11%) dos indivíduos apresentavam colonização por 2 bactérias MDR. Sessenta e oito (75%) dos pacientes receberam tratamento com quimioterapia intensiva, destes 63