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 - levofloxaciono - sem melhora. Realizou radiografia de tórax, confirmando derrame pleural moderado e hemograma com anemia com padrão de doença crônica, leucocitose (16,2 x 10^3/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 assincrônico. 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 mieloide 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

(93%) desenvolveram neutropenia no decorrer do acompanhamento, sendo que 3 destes pacientes estavam em uso de profilaxia bacteriana. Trinta e quatro (37%) pacientes com neutropenia febril eram colonizados com bactéria MDR, 20 (22%) tiveram bacteremia confirmada por esta bactéria, 20 (100%) desenvolveram choque e 13 (65%) foram transferidos para UTI, sendo que 10 (50%) evoluíram a óbito. Vinte e sete (30%) pacientes realizaram transplante de medula óssea (TMO) e 16 (60%) tiveram infecção por bactéria MDR durante o TMO, 9 (34%) desenvolveram choque e 6 (26%) foram a óbito. No total, 51 (56%) pacientes foram a óbito e 22 (43%) foram relacionados a infecção pela bactéria MDR. Nos pacientes colonizados por 2 bactérias MDR a mortalidade foi de 60%. No grupo não colonizado por bactérias MDR a mortalidade foi de 28% e as principais causas de óbitos foram infecção e progressão de doença. **Discussão:** A infecção é a principal causa de morte em pacientes com leucemias agudas e a presença das bactérias MDR é um desafio na prática clínica, já que dificulta o manejo clínico e agrava o prognóstico da doença. Nos pacientes analisados a taxa de colonização com bactérias MDR foi alta (45%) interferindo no desfecho, já que 43% faleceram. Apenas 4% destes pacientes fizeram uso de profilaxia bacteriana, porém, desde 2019, devido à alta taxa de bactérias MDR optamos por suspender a profilaxia bacteriana seguindo dados da literatura que não mostram benefício desta estratégia nos pacientes colonizados. As bactérias MDR são uma realidade em nosso serviço interferindo na sobrevida dos pacientes submetidos ao tratamento para leucemias agudas. **Conclusão:** As bactérias MDR é um problema de saúde pública aumentando a morbimortalidade em pacientes com neoplasias hematológicas sendo necessário medidas mais efetivas em evitar a colonização dessa população, além de melhorar estratégias visando a diminuição de infecções intra-hospitalares, assim como terapia precoce efetiva.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.252

251

DETERMINANTES DA MORTALIDADE PRECOCE E TARDIA NO TRATAMENTO DA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: ANÁLISE DE UMA COORTE RETROSPECTIVA DE 10 ANOS EM UM ÚNICO CENTRO

A.G.O. Braga, K.B.B. Pagnano, E.V. Paula, B.K.L. Duarte

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

Objetivos: Determinar retrospectivamente as variáveis clínicas e laboratoriais presentes ao diagnóstico preditoras de mortalidade precoce e tardia em pacientes com Leucemia Mieloide Aguda (LMA) submetidos à tratamento intensivo com esquema de indução "7+3". **Material e métodos:** Foram analisados 133 pacientes consecutivamente diagnosticados com LMA *de novo* e submetidos à quimioterapia de indução entre 2011 e 2020 no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Os dados laboratoriais e de história clínica foram obtidos retrospectivamente dos prontuários médicos. Mortalidade precoce foi definidada como mortalidade ocorrendo nos primeiros 60 dias de tratamento e mortalidade tardia foi definida como aquela ocorrendo nos primeiros 12 meses de seguimento. As varíaveis categóricas foram comparadas utilizando-se o teste de Chi quadrado ou teste de Fisher, conforme aplicável, enquanto as variáveis quantitativas foram avaliadas através do teste de Mann-Whitney. A análise de sobrevida foi realizada pelo método de Kaplan-Meier, com o teste de log rank para comparação entre curvas. A regressão Cox foi usada para comparação do impacto de diferentes variáveis na sobrevida global em 60 dias e 12 meses. O valor de $p < 0.05$ foi considerado estatisticamente significativo. **Resultados:** A população estudada consistia essencialmente de pacientes jovens (mediana de 52 anos), de risco favorável ou intermediário (75.9%), predominantemente sem comorbidades e com bom performance status. A mortalidade em 60 dias foi de 30.8% e a mortalidade em 12 meses de 56.4%. Na análise univariada para mortalidade precoce, um performance status > 2; leucócitos > 100 x 10^9/L, RNI > 1.5; bilirrubina total > 1.2, albumina < 3.0 g/L e LDH > 2x o limite superior da normalidade estiveram associadas com maior risco de morte. Já na análise multivariada, performance status, bilirrubina e RNI estiveram independentemente associadas a uma maior mortalidade precoce. A variável albumina não foi incluída neste modelo pelo número de pacientes sem esse dado. Com relação à mortalidade tardia, a contagem de leucócitos, o RNI, a bilirrubina e o performance status ao diagnóstico foram todas variáveis preditoras do óbito. Dessas variáveis, o performance status e o RNI se mantiveram independentemente associadas à mortalidade. Num segundo modelo, incluindo a realização de transplante alogênico de medula óssea e a ocorrência de ICS por ERC, as duas variáveis estiveram associadas à mortalidade em 1 ano, inclusive de maneira independente, como evidenciado na análise multivariada. **Discussão:** Variáveis clínicas e laboratoriais avaliadas ao diagnóstico são preditoras da mortalidade precoce e tardia em LMA numa população de pacientes jovens e sem comorbidades significativas. O impacto prognóstico na mortalidade precoce associado às alterações de RNI e bilirrubina, sugere um potencial papel para o metabolismo hepático de quimioterápicos na mortalidade precoce. A associação independente da mortalidade tardia com a ocorrência de ICS por ERC, ressalta a importância da prevenção desse tipo de evento. **Conclusão:** A mortalidade precoce associada ao tratamento da LMA permanece como uma das principais causas de óbito relacionado a esta doença e se correlaciona com variáveis clínicas e laboratoriais do diagnóstico. Estudos populacionais com diferentes cortes geográficos e sócio-econômicos poderão esclarecer a aplicabilidade desses achados em outras populações.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.253