

POM Hokama^o, LL Almeida^o, CA Souza^a,
C Boquimpani^p

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia,
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brazil

^b Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus
Zerbini, São Paulo, SP, Brazil

^c Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC),
Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE,
Brazil

^d Complexo Hospital de Clínicas, Universidade
Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brazil

^e Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
(ICESP), Hospital das Clínicas, Faculdade de
Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP),
São Paulo, SP, Brazil

^f Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo,
SP, Brazil

^g Faculdade de Ciências Médicas (FCM),
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brazil

^h AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil

ⁱ Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON),
Florianópolis, SC, Brazil

^j Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maceió,
Maceió, AL, Brazil

^k Hospital dos Fomecedores de Cana de Piracicaba,
Piracicaba, SP, Brazil

^l Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brazil

^m Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP),
Niterói, RJ, Brazil

ⁿ Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto,
SP, Brazil

^o Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
de São Paulo, Botucatu, SP, Brazil

^p Hemorio, Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Aims: To collect data about COVID-19 in CML patients from Brazilian centers and their outcomes. **Methods:** Observational, multicentric, ongoing register study. Hematologists from private and public CML reference centers from different regions of Brazil were invited to report their cases of COVID-19 in CML patients. Those centers are responsible for the care of approximately 3030 CML patients. **Results:** Between March 2020 and July 2021, 16 institutions contributed to this analysis, and reported 73 COVID-19 cases in CML patients (pts). Eight-five % were from the South and Southeast regions, 11% from Northeast. The median age was 50 years (22-79), with 33% of the pts older than 60. Male patients were predominant (60%). The median time of CML diagnosis was 9 years (0-29). Most of the pts were in first line therapy (57.5%), 27% in second line and 11% in third line. Current CML treatment at COVID-19 was: imatinib (46.5%), nilotinib (22%), dasatinib (16%), post-transplant (4%), asciminib (1%), ponatinib (1%), treatment-free remission (2%), no treatment (7%). COVID-19 grade: asymptomatic (4%), mild (66%), moderate (12%), severe/critical (16%). CML status at COVID: AP/BC (3%), CP (12.4%), hematologic response (11%), complete cytogenetic response (4%),

MMR (34%), MR4.0 (8%), MR4.5 (27%). Eleven patients interrupted treatment temporarily during COVID. COVID-19 was confirmed by RT-PCR of oral and nasal swab collection (68%) or rapid/serologic test (32%). Comorbidities were present in 34 pts, most common were: hypertension (33%), diabetes (14%), chronic renal failure (4%), chronic obstructive pulmonary disease/emphysema (5.5%), pulmonary hypertension (1). Hospitalization occurred in 30% of the cases, 18% in an intensive care unit, 8% with mechanical ventilation. Treatment received for COVID-19: antibiotics (31%), steroids (16%), chloroquine (5.5%), oseltamivir (4%); ivermectin (8%); heparin (3%). Sixty-nine patients recovered, 4 died from COVID-19 (5.4%): one 42 year old newly diagnosed male patient with high leukocytes counts and with a simultaneous bacterial infection, two 70-year old patients treated with imatinib, both in MR4.5, and one 31-year old male patient treated with nilotinib, after imatinib and dasatinib failure, with hematologic response. A fifth patient in the accelerated phase died 2 months after discharge, from disease progression and pulmonary infection. All cases occurred before vaccination. There was one case of re-infection, in a patient treated with imatinib. **Discussion:** **Conclusions:** the majority of COVID-19 cases in the CML population was mild, but there were 2 deaths of young patients with active disease and two deaths in elderly patients, one of them with comorbidities. The mortality in CML was lower than observed in other hematologic cancers.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.918>

DESFECHOS DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS LINFOPROLIFERATIVAS INFECTADOS COM COVID-19



CP Marques, CCP Feres, L Arcuri, LLC Teixeira,
GF Perini, LFS Dias, JZMD Nascimento,
NF Centuriao, CLM Pereira, N Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo,
SP, Brazil

Introdução: A pandemia pelo SARS-CoV-2 (COVID-19) vem desafiando a comunidade científica e os serviços de saúde, superando mais de 4 milhões de mortos no mundo. A idade avançada e a presença de comorbidades cardiovasculares são relacionadas a maior mortalidade em relação a população geral, podendo atingir 15% dos casos infectados. Pacientes onco-hematológicos, devido a doença de base e ao seu tratamento, possuem comprometimento do sistema imune por período de tempo prolongado, o que os torna mais susceptíveis a infecções. A infecção pelo COVID-19 nesse grupo de pacientes tem demonstrado piores desfechos. Nesta série de casos avaliamos os desfechos de pacientes portadores de doenças linfoproliferativas diagnosticados com COVID-19 de Fevereiro de 2020 a Agosto de 2021 em duas instituições de São Paulo. **Objetivo:** Descrever os desfechos de pacientes com COVID-19 em pacientes com doenças linfoproliferativas. **Métodos:** Estudo multicêntrico, observacional e retrospectivo. Os dados foram obtidos através do prontuário eletrônico. Os critérios de inclusão foram diagnóstico de doença linfoproliferativa e infecção por COVID-19 confirmada através de teste

RT-PCR em pacientes sintomáticos realizados nos centros participantes. **Resultados:** Em um tempo mediano de seguimento de 399 dias foram incluídos 41 pacientes com mediana de idade de 59 anos (DP 16,8). A maior parte dos pacientes eram portadores de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), representando 24% da amostra, seguidos por linfoma folicular (17%) e linfoma de Hodgkin (17%). Em relação as comorbidades, 9 (22%) pacientes diabéticos, 17 (41%) hipertensos e 9 (22%) obesos. A taxa de admissão hospitalar foi de 75% e, mais da metade dos pacientes foram admitidos em unidade de terapia intensiva (UTI). Metade dos pacientes necessitaram de suporte ventilatório sendo, 15% dos pacientes com ventilação mecânica e outros 35% com cateter nasal de oxigênio. A prevalência de eventos trombóticos foi de 17%. Em relação ao tratamento quimioterápico 85% dos pacientes dessa amostra estava em vigência de tratamento quimioterápico no momento da infecção pelo Covid-19, no entanto na análise univariada não houve diferença estatisticamente significativa de mortalidade entre o grupo de pacientes que estavam em tratamento quimioterápico e os que não estavam (HR 1,18; IC 0,26-5,33; $p=0,83$). A taxa de sobrevida global em 100 dias foi de 66% (IC95 53-83%). **Discussão:** A mortalidade de pacientes hematológicos com infecção pelo COVID-19 é superior a população geral e foi estimada em 34% dos casos na metanálise publicada por Vijenthira et al. Em um estudo multicêntrico realizado na Alemanha a mortalidade em pacientes hospitalizados sem antecedente de neoplasias foi em torno de 22%. A ausência do aumento da mortalidade em pacientes com exposição recente a tratamento quimio-imunoterápico é condizente com dados apresentados em literatura, no entanto não há estudos prospectivos publicados que exaltem esses achados. A idade superior a 60 anos foi o fator de maior impacto na mortalidade dos pacientes com doenças onco-hematológicas de acordo dados de literatura e em nosso estudo esse dado não foi estatisticamente significativo possivelmente devido a uma mediana de idade menor que 60 anos da amostra. É importante ressaltar que esse é um estudo retrospectivo, porém que reafirma o pior desfecho clínico dos pacientes com doença onco-hematológicas com infecção pelo COVID-19.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.919>

DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÔNICA EM PACIENTE COM INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS: RELATO DE CASO

FSD Santos, MA Carneiro, IO Dias, LC Sudário,
RM Andrade, HM Oliveira, HM Oliveira

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Mulher de 68 anos, hipotireoideia, em uso de levotiroxina, COVID confirmado em exame realizado há 3 dias; deu entrada no pronto atendimento de um hospital de grande porte devido a piora dos sintomas gripais, febre, astenia e dispneia aos esforços com piora progressiva. Apresentava palidez discreta, sem outros achados dignos de nota. À admissão,

apresentou leucocitose ($Gl\ 18900/mm^3$) com desvio à esquerda sem anemia ($Hb\ 13.1\ g/dL$) ou monocitose, associada a trombocitopenia moderada ($98000/mm^3$). Tomografia de tórax mostrou infiltrado difuso sugestivo de pneumonia por Covid-19. Iniciada dexametasona 6mg/dia e antibioticoterapia empírica (ceftriaxona e azitromicina). Após 3 dias de internação, manteve febre; solicitadas hemoculturas e escalonada antibioticoterapia para Piperacilina-tazobactam. Evoluiu com anemia normocítica e normocrômica discreta ($Hb\ 11.8g/dL$), trombocitopenia leve ($132000/mm^3$) e piora de leucocitose ($16600/mm^3$), monocitose ($4628/mm^3$) e surgimento de blastos em hemograma. As hemoculturas fecharam negativas. Devido à piora da leucocitose ($Gl\ 46700/mm^3$) e da monócitos ($9807/mm^3$) foi solicitada avaliação hematológica; realizada hematoscopia, que evidenciou alterações displásicas nas três séries. Realizada imunofenotipagem de sangue periférico, que mostrou presença de 15,8% de blastos mielóides, CD14- e CD16-, sem basofilia, com desvio à esquerda até promielócitos. Estudo medular inicial foi inconclusivo, com hiperplasia granulocítica e megacariocítica. Após 7 dias de antibioticoterapia, optado por alta hospitalar com proposta de acompanhamento ambulatorial, uma vez que a paciente manteve estabilidade clínica. No seguimento, evoluiu com queixa de astenia; novo hemograma mostrou piora da anemia e da trombocitopenia, assim como piora da leucocitose. Novo estudo medular realizado, com pesquisa da translocação BCR-ABL, mutações JAK2, CALR, MPL e pesquisa de sideroblastos em anel, todos negativos. No mielograma, encontrado hiperplasia granulocítica com maturação normoblástica, monocitose (13,2%), aumento do blastos (15,4%) e de megacariócitos displásicos. Cariótipo 46, XX, del (20) (q13.1). Biópsia de medula óssea com hiperplasia granulocítica e ausência de fibrose. Diante do exposto, foi feito o diagnóstico de Leucemia mielomonocítica crônica (LMMC-2). Realizado tratamento com azacitidina por 5 ciclos, mantendo leucocitose. No momento, aguardando transplante de medula óssea alogênico. **Discussão:** A LMMC é uma neoplasia hematológica mielóide com características de ambas as síndromes mielodisplásicas (SMD) e neoplasia mieloproliferativa (NMP), com até um quinto dos casos relacionados a condições inflamatórias/auto-imunes, conforme ilustrado neste caso, onde o seguimento é necessário para o diagnóstico. Trata-se de doença rara, predominante em idosos do sexo masculino. A apresentação varia conforme características mielodisplásicas ou mieloproliferativas, podendo se apresentar como monocitose incidental em indivíduos assintomáticos. Para o diagnóstico, é necessária a exclusão das doenças mieloproliferativas crônicas e de causas reativas, obedecendo os critérios da OMS de 2016. O tratamento varia conforme estratificação de risco e características clínico-laboratoriais mieloproliferativas/mielodisplásicas, com uso de terapia citorredutora ou hipometilante, respectivamente. O transplante alogênico de medula óssea é a única alternativa curativa disponível no momento, no entanto muitos candidatos não são elegíveis devido suas comorbidades.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.920>

