

0,001). Contudo, nos pacientes do BeatAML, este mesmo teste estatístico apontou para uma associação entre os leucócitos totais e a alta expressão de *METTL16* (p-valor 0,007). Prosseguindo com as análises nos dados do BeatAML, o teste de qui-quadrado mostrou uma associação entre a expressão gênica diferencial de *METTL16* com o risco molecular (ELN2022) (p-valor 0,007) e o status mutacional *in tandem* do gene *FLT3* (*FLT3-ITD*) (p-valor 0,003). A análise dos resíduos padronizados ajustados mostrou que na estratificação do risco molecular, o grupo intermediário apresentou mais casos com alta expressão do gene estudado, ao passo que, no fenótipo negativo para mutação *FLT3-ITD* há uma maior frequência de casos com baixa expressão, enquanto que no status positivo da mutação foi observado mais casos com alta expressão de *METTL16*. Na coorte LMA-PE, o teste Mann-Whitney mostrou uma associação entre o número de plaquetas e a baixa expressão do gene *METTL16*. As demais variáveis clínicas como: sexo, idade, percentual de blastos na medula óssea e status mutacional de *NPM1*, não apresentaram associação com a expressão gênica diferencial do gene estudado. **Conclusão:** Conforme já expresso na literatura, o *METTL16* é um gene associado a diversos tipos de cânceres. Na LMA, ele foi descrito com potencial de promover a leucemogênese, tendo seu papel de oncogene condicionado à sua função enzimática. De modo geral, nossas análises mostraram resultados variados entre as coortes de pacientes estudados, indicando que *METTL16* poder ser um potencial marcador prognóstico na LMA, mas que a descrição precisa de seu impacto clínico, requer estudos mais detalhados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.665>

RELATO DE CASO DE NECROSE TECIDUAL DE PROGRESSÃO RÁPIDA CAUSADA POR ASPERGILOSE ANGIOINVASIVA

MF Passolongo, MM Bandeira, GLC Rosa, FGL Nunes, F Malagutti, MEP Antonioli, JF Campos, BG Marcon, ACP Silva

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp), São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relatar necrose tecidual de progressão rápida causada por Aspergilose, visto que o padrão da evolução é mais comum na infecção por mucormicose para a qual a abordagem cirúrgica tem maior importância. **Caso clínico:** Trata-se de paciente M.A.B, 63 anos, internado na Santa Casa de São Paulo com diagnóstico de leucemia mieloide aguda minimamente diferenciada secundária a neoplasia mieloproliferativa crônica inclassificável, diagnosticada em 01/07/24. Realizada quimioterapia de indução com protocolo 7+3 (citarabina e daunorrubicina) adaptado com associação de venetoclax por 7 dias, início em 04/07/2024. No décimo primeiro dia de tratamento, paciente apresentou febre e tosse seca, foi diagnosticada com neutropenia febril sendo introduzida antibiótico-terapia de amplo espectro. A tomografia de tórax evidenciou focos consolidativos com broncogramas aéreos e a tomografia de seios da face, densificação em septo nasal sem sinais de sinusopatia. Após 48 horas, paciente queixou-

se de congestão nasal, foi realizada tomografia contrastada e, então, diagnosticada com abscesso septal, sendo proposta abordagem cirúrgica para tratamento. Devido pancitopenia importante, a abordagem foi postergada e manteve-se acompanhamento com exames de imagem que evidenciaram piora e surgimento de aspecto necrótico em região septal. Evoluiu também com dermatose nasal que foi biopsiada no dia 25/07/2024. O resultado do anatomo-patológico fecha diagnóstico como Aspergilose, laudando “Pesquisa para fungos pelo método PAS e Grocott resultou positiva sugestiva de aspergilose. Exibindo estruturas alongadas dentro dos vasos, sugestivo de infecção fúngica. Tecido fibroso com processo inflamatório crônico em atividade”. O quadro progrediu com necrose em dorso de nariz de forma acelerada mesmo em vigência de Voriconazol, tendo o tamanho da lesão estagnado após quinto dia de tratamento. Paciente não cursou com instabilidade. **Discussão:** A aspergilose pode manifestar-se como sinusite fúngica invasiva e a incidência de necrose tecidual depende da profundidade da invasão fúngica e do estado imunológico do paciente, estando os com neutropenia prolongada entre os mais vulneráveis. A necrose ocorre devido à invasão de vasos sanguíneos pelas hifas septadas de *Aspergillus*, resultando em trombose e isquemia tecidual. A aspergilose invasiva é menos propensa a causar necrose significativa da rinofaringe se comparada com a mucormicose, que apresenta-se de forma mais agressiva e tem a necrose como característica dominante da apresentação clínica do acometimento rinocerebral. A rápida identificação e tratamento são cruciais para melhorar o prognóstico em ambos os casos, porém na necrose tecidual por aspergilose a abordagem cirúrgica não é sempre indicada como na mucormicose. Isso acontece porque o *Aspergillus* é geralmente mais suscetível aos antifúngicos disponíveis, como voriconazol e anfotericina B, que são eficazes na redução da carga fúngica e na resolução da infecção sem abordagem cirúrgica. **Conclusão:** O diagnóstico precoce é essencial para definição do prognóstico do paciente, isso porque a sinusite fúngica invasiva por *Aspergillus* caracteriza-se como um quadro grave porém, seu principal diagnóstico diferencial, a mucormicose é ainda mais agressiva e letal. A identificação do agente permite o uso da terapia adequada e a decisão inicial sobre abordagem cirúrgica, essencial na necrose tecidual por mucormicose e necessária apenas em casos selecionados na necrose por aspergilose.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.666>

ANÁLISE DA EXPRESSÃO DOS GENES *LARS1*, *LARS2*, *IARS1* E *IARS2* ASSOCIADA AO DESFECHO CLÍNICO DE PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

IC Santos^a, MT Reis-Silva^b, VJ Silva^b, PL França-Neto^b, JL Coelho-Silva^b, AR Lucena-Araújo^b, MT Bessoni^a, AMG Aguiar^b, LP Santos^b, BV Alcântara^b

^a Curso de Biomedicina, Centro de Biociências, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil