

reumatológicas mais comuns. A presença de blastos em sangue periférico corrobora o diagnóstico da neoplasia, porém, sua ausência não o exclui. O metotrexato, utilizado para tratamento de doenças reumatológicas, tem atividade antiproliferativa, reduzindo a síntese de purinas e de timidina, necessárias para a multiplicação celular, inclusive de células tumorais. Sendo assim, o seu uso pode causar atraso no diagnóstico de leucemias. **Relato de caso:** Homem, 34 anos, trabalhador industrial em contato com óxido de etileno, com quadro de fadiga, dor e edema nas articulações de membros inferiores, punho direito e região costal, febre episódica e piora dos níveis de hemoglobina (de 14,7 para 12,8 g/dL) e contagem plaquetária (de 305.000 para 118.000/mm³) em exames periódicos realizados no trabalho. Com hipótese de espondiloartropatia indiferenciada em um primeiro serviço de saúde, foi medicado com anti-inflamatórios não esteroidais, corticosteroides e metotrexato. Evoluiu por semanas com piora dos sintomas, sendo hospitalizado. À admissão, o exame físico era normal, exceto pela palidez. Exames laboratoriais: Hb 7,6 g/dL, leucometria 1660/ μ L, plaquetas 32.000/ μ L, sem células anômalas a hematoscopia, reticulocitopenia, aumento discreto de LDH e folato no limite inferior da normalidade. Sorologias virais e propedêutica reumatológica foram negativas. Mielotoxicidade por metotrexato e deficiência de folato foram presumidas, os medicamentos foram suspensos e o paciente foi tratado com ácido fólico, sem melhora. Optou-se então por exames da medula óssea. O mielograma evidenciou 97% de blastos e a imunofenotipagem confirmou o diagnóstico de LLA. **Discussão:** A LLA pode se manifestar inicialmente com sintomas inespecíficos, incluindo mialgia, dor óssea e artralgia, antes mesmo de alterações no hemograma, o que torna difícil a diferenciação com condições reumatológicas. Febre, fadiga, citopenias e hepatoesplenomegalia também podem ser achados existentes nas duas situações. O metotrexato tem como mecanismo de ação o bloqueio da produção de folato, essencial para a proliferação celular, incluindo as células neoplásicas, sendo utilizado em diferentes doses tanto no tratamento de LLA quanto de condições reumatológicas. No caso relatado, devido à falta de folato, causada pelo uso do metotrexato, associada a provável mielotoxicidade de tal medicação, acredita-se que o diagnóstico de LLA foi retardado, principalmente pela inexistência de células anômalas no sangue periférico que reforçassem a suspeita de neoplasia em paciente cronicamente exposto a agente cancerígeno. Contudo a falta de resposta à reposição do folato indicou que havia outra condição subjacente, levando à abordagem da medula óssea, através da qual o diagnóstico foi feito. O paciente iniciou tratamento quimioterápico e houve melhora dos sintomas iniciais. **Conclusão:** A LLA, por ser infrequente em adultos e produzir sintomas osteoarticulares, pode ser inicialmente confundida com doenças reumatológicas. Os medicamentos utilizados também podem atrasar o diagnóstico. Dessa forma, faz-se necessária a realização de uma propedêutica mais ampla, incluindo exame de medula óssea, em casos reumatológicos com evolução atípica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1910>

EFFICACY OF ANTIFUNGAL PROPHYLAXIS IN PREVENTING INVASIVE FUNGAL INFECTIONS IN ACUTE MYELOID LEUKEMIA PATIENTS TREATED WITH VENETOCLAX AND HYPOMETHYLATING AGENTS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

PRC Passos^a, VOC Filho^a, MM Noronha^a, DCC Maia^b

^a Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brazil

^b Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Fortaleza, CE, Brazil

Introduction: Acute Myeloid Leukemia (AML) is one of the most prevalent hematologic neoplasms in elderly patients. Standard treatment is based on intensive anthracycline induction chemotherapy, which is highly immunosuppressive, leading to a significant risk of death and complications due to opportunistic infections. To mitigate this, antifungal prophylaxis (AFP) is recommended to prevent invasive fungal infections (IFI). Nevertheless, an important part of AML patients is not eligible for the standard treatment due to fragility and other clinical comorbidities. For this subset of patients, the combination of the BCL-2 inhibitor venetoclax (VEN) and a hypomethylating agent (HMA) has emerged as an important therapeutic alternative. However, the evidence supporting the use of AFP in this specific patient population remains insufficient. **Objective:** We conducted a systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy and safety of AFP in AML patients undergoing VEN+HMA treatment. **Methods:** We conducted a comprehensive search of the PubMed, EMBASE, and Cochrane databases to identify articles comparing the prevalence of IFI in AML patients undergoing treatment with VEN+HMA in groups with and without AFP. Relevant data were extracted and exported to the R software. We calculated risk ratios (RR) and their respective 95% confidence intervals (CI). The 'meta' and 'metafor' packages in R were utilized to perform a random-effects meta-analysis according to the method described by DerSimonian and Laird. Heterogeneity was assessed using the I² statistic, with I² > 50% indicating significant heterogeneity. A two-tailed p-value of 0.05 was considered statistically significant. **Results:** The initial search encompassed 871 studies, of which 5 were included to this review, with a total of 793 patients. The majority of them were male (60.5%), with a median age of 64 years (range 18-94). The incidence of IFI were lower in the AFP group (42 of 467, 8.9%) compared to the no use of AFP (30 of 316, 9.5%), with a RR of 0.58 (95% CI 0.37-0.9; p=0.019; I²=0%). However, in our sensibility analysis for only confirmed IFI, the risk to development of IFI did not differ between groups (RR 0.53; 95% CI 0.26-1.05; p=0.068; I²=20%). **Discussion:** To the best of our knowledge, this is the first systematic review and meta-analysis to evaluate the benefit of AFP in AML patients undergoing treatment with VEN+HMA. Immunosuppression resulting from cancer treatment can be fatal for a significant subset of AML patients. While the incidence of IFI can reach as high as 36% with cytotoxic regimens, and mortality rates can reach 50%, the incidence of IFI in VEN+HMA treatment is substantially lower, around 5-10%, similar

to our findings. However, the lower incidence of IFI in the VEN+HMA setting raises questions about the generalizability of our analysis. It is possible that a specific subset of these patients, particularly those with poor prognostic factors, may still derive benefit from AFP. **Conclusion:** IFI are a less common occurrence in AML patients undergoing VEN+ HMA treatment than anthracycline regimens, but still occur frequently. However, while the use of AFP holds the potential to benefit this subset of patients, the evidence for this review is not definitive, highlighting the need for prospective studies to clarify the role of AFP before implementation in clinical practice. Until then, the decision to use AFP in this group of patients should be individualized.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1911>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA NA REGIÃO CENTRO-OESTE, DE 2013 A 2022

PPCO Silva^a, APM Paiva^a, FBJ Croitor^a,
GNR Silva^a, YAS Ivanoski^a, MF Dias^a,
AB Mingati^a, DFB Rêgo^a, MPP Oliveira^a,
GC Vieira^b

^a Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília,
DF, Brasil

^b Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP,
Brasil

Objetivo: Analisar e descrever a distribuição epidemiológica dos Transplantes de Medula Óssea (TMO) na Região Centro-Oeste (CO), de 2013 a 2022, com a proposta de identificar padrões e desigualdades dentro da região e em comparação às demais para entender melhor possíveis dificuldades locais e estabelecer estratégias de melhorias e facilitadores para a sua realização. **Materiais e métodos:** Foi efetuado um estudo transversal, retrospectivo, analisando os dados quantitativos, referentes aos TMO realizados na região Centro-Oeste, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2022. Utilizou-se a base de dados do Sistema Nacional de Transplantes para acesso das informações detalhadas dos transplantes realizados e suas quantidades. **Resultados:** Os transplantes, na região CO, variaram de 55 em 2013 a 200 em 2022, com um total de 1285, sendo a quarta em número de transplantes em comparação às outras regiões, representando apenas 4,78%. A unidade da federação com o maior número de transplantes da região foi o Distrito Federal (68,2%), seguido de Goiás (31,8%). Os estados Mato Grosso e Mato Grosso do Sul não fizeram nenhum tipo de transplante. Foram realizados TMO autólogos, alogênicos aparentados e alogênicos não aparentados, respectivamente: Distrito Federal - 693, 143, 41 e Goiás - 316, 92, 0. **Discussão:** Dentre os três estados e o Distrito Federal, 50% não possuem Centro de Tratamento para TMO, sendo eles o Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Isso obriga os pacientes a se deslocarem para outros estados, a fim de realizarem os tratamentos. Em relação às possíveis causas, pode-se mencionar a diferença de médicos hematologistas entre os estados, sendo que o Distrito Federal - o qual realizou mais Transplantes de Células Troncos Hematopoiéticas (TCTH) no

Brasil por milhão de população em 2022- possui um número de profissionais maior em comparação ao Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Nota-se também que o Distrito Federal possui dez centros especializados no TCTH, fator facilitador para o atendimento. Outro fator reside em determinantes geográficos, sendo que a capital do país está no Distrito Federal, contribuindo para o destino de recursos materiais e humanos, dificultando a criação de novos Centros de Tratamento em outros estados. **Conclusão:** O TMO é uma ferramenta terapêutica de fundamental importância para várias patologias, por vezes a única chance de cura para os pacientes que necessitam. Apesar disso, após a análise comparativa, foi possível observar não só uma significativa inferioridade entre CO e as outras regiões do país, quanto uma grande disparidade entre as confederações da própria região. Para que a redução da iniquidade regional seja alcançada, há urgência do direcionamento de investimentos e profissionais aptos a realizar o TMO para os estados do CO que ainda não o realizam.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1912>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ANEMIA FERROPRIVA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA DO CENTRO-OESTE

AB Mingati, LM Matos, YAS Ivanoski,
MZ Rodrigues, APM Paiva, NV Gimenes,
JPO Gomes, WO Santos, JGDV Holanda,
DFB Rêgo

Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília,
DF, Brasil

Objetivos: Investigar os aspectos epidemiológicos da Anemia Ferropriva na população pediátrica, com o objetivo de identificar os fatores de risco e padrões de incidência que possam ser alvos de futuras estratégias de prevenção e cuidado. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, com uma análise quantitativa dos casos de anemia ferropriva na população pediátrica na região Centro-Oeste (CO) no intervalo de 2013 a 2023. Os dados foram obtidos na plataforma DataSUS, e as variáveis estudadas foram: idade, internações, cor/raça, sexo e regiões do CO. **Resultados:** O perfil observado da anemia ferropriva na população pediátrica do Centro-Oeste no período de 2013 a 2023 apresenta predominância de crianças menores de 1 ano e de 1 a 4 anos, representando, na faixa etária até 19 anos, respectivamente, 26,2% e 28,1%. Em relação à cor, nota-se predomínio da população parda, 41,6% do total. O sexo feminino é o mais acometido, com notificação de 713 mulheres e 497 homens. Dentre os estados da região Centro-Oeste, Goiás e Distrito Federal possuem o maior número de casos, com praticamente a mesma quantidade, 318 e 319 respectivamente, sendo que o Mato Grosso apresentou o menor número de internações, 266. **Discussão:** A partir dos resultados obtidos, tem-se que há uma maior prevalência de anemia ferropriva em crianças menores de 1 ano e de 1 a 4 anos refletindo, a vulnerabilidade dessas faixas etárias devido às suas elevadas necessidades de ferro durante os primeiros anos de vida, uma vez que a reserva de ferro armazenada no fígado começa a diminuir após os 6 meses de vida, além de