

lesões de pele, mucosite de cavidade oral, diarreia, inapetência, episódios de síncope e necessitando atendimento de urgência. Exames revelaram pancitopenia severa (Hb: 9,0 g/dL; leucócitos: 600/mm³; neutrófilos: 12/mm³; plaquetas: 16.000/mm³). Foi internado e evoluiu com sangramento ativo em acesso venoso periférico, sinais de broncoaspiração e hipocalcemia refratária (potássio: 2,8 mmol/L), sendo transferido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Durante a internação, recebeu 12 bolsas de plaquetas, uma bolsa de hemácias, leucovorina (ácido folínico), antibióticos (ceftriaxona, clindamicina, piperacilina/tazobactam), antifúngico (fluconazol) e filgrastim. Após 10 dias, apresentou melhora clínica e laboratorial, com regressão das lesões cutâneas, recebendo alta hospitalar com encaminhamento especializado. **Discussão:** A toxicidade hematológica por MTX decorre da inibição da DHFR, comprometendo a síntese de DNA/RNA e a replicação de células hematopoiéticas. As manifestações incluem anemia, leucopenia e trombocitopenia, podendo evoluir com infecções oportunistas, sangramentos e risco de óbito. Os principais fatores de risco são idade avançada, insuficiência renal, hipoalbuminemia, interações medicamentosas (com AINES, sulfonamidas, penicilinas, IBPs) e desnutrição. O erro de posologia — como uso diário em vez de semanal — é comum e pode levar à intoxicação aguda. A dose recomendada para doenças inflamatórias é de 7,5 a 30 mg por semana, associada à suplementação de ácido fólico. O tratamento da toxicidade inclui a suspensão do MTX, administração de ácido folínico, hidratação, alcalinização urinária e suporte transfusional, quando necessário. **Conclusão:** Este caso evidencia os riscos do uso prolongado e dispensação farmacêutica sem retenção de receituário e sem supervisão médica do metotrexato. A ausência de diagnóstico formal, monitoramento laboratorial e orientação quanto à posologia resultou em toxicidade grave. Destaca-se a importância do acompanhamento por equipe especializada e da educação do paciente sobre os riscos associados ao uso indevido de medicamentos potencialmente tóxicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104240>

ID - 3185

PAPEL DO HEMOGRAMA COMO EXAME DE RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS: REVISÃO INTEGRATIVA

JDA Coelho^a, DA Feio^a, HF Ribeiro^b,
SR Antunes^a

^a Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UNIFAMAZ), Belém, PA, Brasil

^b Universidade do Estado do Pará (UEPA), (Campus VIII - Marabá), Marabá, PA, Brasil

Introdução: O hemograma, exame de baixo custo e ampla disponibilidade, é subutilizado na suspeita diagnóstica precoce das leucemias agudas no Brasil, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. No país, estima-se média anual de 10.810 novos casos de leucemia entre 2020 e 2022. A Leucemia Linfóide Aguda (LLA) predomina em crianças, enquanto a Leucemia

Mielóide Aguda (LMA) é mais frequente em adultos e idosos. No Pará, entre 2000 e 2017, a mortalidade média por LLA foi de 1,0/100 mil (feminino) e 1,6/100 mil (masculino), e por LMA de 1,7/100 mil (feminino) e 1,9/100 mil (masculino). O diagnóstico precoce pode elevar a sobrevida para até 85 % em LLA infantil, mas desigualdades regionais e limitações no reconhecimento de achados morfológicos atrasam o encaminhamento para confirmação diagnóstica. **Objetivos:** Analisar o papel do hemograma e das alterações morfológicas na suspeita diagnóstica precoce de LLA e LMA, com enfoque no panorama epidemiológico e nos desafios regionais do Pará e Amazônia. **Material e métodos:** Revisão integrativa da literatura (2014–2024) nas bases SciELO, PubMed e LILACS. Foram incluídos dados epidemiológicos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), DATASUS e estudos regionais sobre leucemias agudas na Amazônia. Foram analisadas estatísticas de incidência, mortalidade e perfil hematológico/morfológico, bem como barreiras no reconhecimento dos achados pelas equipes de saúde. **Discussão e conclusão:** Estudos nacionais indicam que o hemograma com análise morfológica identificou corretamente 94 % dos casos de LLA/LMA antes de exames confirmatórios. No Norte do Brasil, foram registrados 4.980 casos de leucemia no período analisado, sendo 57 % LLA e 40 % LMA. No Pará, as taxas de mortalidade mantiveram-se estáveis, mas elevadas, reforçando a necessidade de diagnóstico precoce. Alterações como blastos circulantes, pancitopenia, leucocitose acentuada, anemia normocítica normocrômica, trombocitopenia, granulações tóxicas, núcleo irregular, cromatina laxa, anisocitose e poiquilocitose devem gerar investigação imediata. Iniciativas como o Programa Fevereiro Laranja no Amazonas, que em cinco anos diagnosticou 98 casos de leucemia aguda no interior e aumentou em 30 % os diagnósticos fora da capital, demonstram impacto positivo de estratégias regionais. A falta de capacitação específica para interpretação crítica do hemograma e a carência de especialistas em áreas remotas do Pará permanecem como entraves importantes. O hemograma aliado à análise morfológica é ferramenta fundamental e acessível para a detecção precoce das leucemias agudas, especialmente em regiões com acesso restrito a exames confirmatórios. No Pará e na Amazônia, investir na qualificação profissional, ampliar o acesso a exames laboratoriais e fortalecer programas de rastreamento são medidas essenciais para reduzir desigualdades regionais e melhorar o prognóstico.

Referências:

BRASIL. Fundação Hemoam mapeia casos de leucemias agudas no Amazonas: estudo aponta cura de 54,59% para LLA e 40,23% para LMA. Portal SES-AM, 4 fev. 2020.

Mantovani MM, et al. Leucemias mielóides: avaliação epidemiológica no Brasil. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*. São Paulo. 2024;46(Supl. 4):S455-S456.

Observatório de Oncologia. Panorama do atendimento ambulatorial e hospitalar dos pacientes diagnosticados com leucemia no Brasil (2009-2018). Observatório de Oncologia, 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104241>