

evoluiu com neutropenia febril, acabou sendo transferido para leito de unidade de terapia intensiva devido a choque séptico com disfunção orgânica e necessidade de intubação orotraqueal e droga vasoativa, sem resposta às medidas e consequentemente evoluindo a óbito. **Conclusão:** A concomitância entre tricoleucemia e leucemia mieloide aguda é um evento raro, com poucos relatos na literatura. Essas duas entidades representam neoplasias hematológicas de linhagens distintas. A coexistência levanta hipóteses fisiopatológicas ainda não bem esclarecidas. O caso relatado evidencia a concomitância ou até mesmo a sucessão entre leucemia mieloide aguda e tricoleucemia, ressaltando a importância da investigação clínica e laboratorial detalhada. A correta diferenciação entre essas neoplasias, por meio de imunofenotipagem e avaliação morfológica, é essencial para a definição terapêutica e prognóstica. A abordagem deve ser individualizada, considerando performance status do paciente, características citogenéticas/moleculares da leucemia mieloide aguda e história prévia de tratamento, caso houver.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104531>

ID - 3349

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE SWEET EM PACIENTES COM NEOPLASIAS HEMATOLOGICAS MALIGNAS: RELATO DE DOIS CASOS

J Severo, LGdF Lima, BG Campello, CCdL Silva, TR Evangelista, MP Cesar, ASAd Silva, HC Moura, ACC Lopes, MFH Costa

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: A síndrome de Sweet (SS), também conhecida como dermatose neutrofílica aguda, é uma síndrome clínica caracterizada pela surgimento súbito de lesões nodulares e placas na pele associadas a sintomas sistêmicos como artralgia, febre e cefaleia. A fisiopatologia da doença ainda não é bem definida, mas existe uma alta incidência de SS em pacientes portadores de neoplasias hematológicas e de tumores sólidos. O diagnóstico une a epidemiologia, quadro clínico e histologia. **Descrição do caso:** Paciente 1: 77 anos, sexo masculino, portador de leucemia mieloide aguda (LMA), em tratamento com venetoclax e citarabina subcutânea em bom controle doença, evoluiu de forma súbita com lesões eritematosas, infiltradas e dolorosas em dorso e membros inferiores e superiores. Paciente 2: 46 anos, homem, portador de mieloma múltiplo IgG/lambdas recaído após transplante autólogo e aguardando transplante alogênico, evoluiu com lesões agudas, infiltradas e eritematosas em face e membros superiores. Ambos foram avaliados pela dermatologia que elencou a hipótese de síndrome de Sweet para neoplásica e orientou biópsias de pele. A análise de tecido dos dois pacientes apresentou infiltrado dérmico neutrofílico intenso na derme reticular, perivascular, difuso, edema com leucocitoclasia acentuada que, associados a suspeita clínica, sugerem síndrome de Sweet. Os dois pacientes fizeram tratamento sistêmico com prednisona 0,5 mg/kg dia por 4

semanas com melhora completa de lesões. **Conclusão:** A literatura descreve uma correlação entre a SS e as doenças hematológicas. As neoplasias mieloides e síndromes mielodisplásicas são as principais causas hematológicas comumente associadas ao desenvolvimento da síndrome, com incidência média de 42% e 22% dos casos, respectivamente. Em contrapartida, a relação de SS e o mieloma múltiplo é infrequente e pouco descrita. As alterações dermatológicas em pacientes hematológicos são diversas com um amplo espectro diagnóstico que podem ser infiltração da doença de base, infecções, reações medicamentosas e outras alterações. Nesse amplo espectro, SS deve ser elencada como um potencial diagnóstico diferencial para lesões de pele em pacientes hematológicos e a biópsia cutânea, realizada a fim de elucidação diagnóstica.

Referências:

1. Daoud MS, Lust JA, Kyle RA, Pittelkow MR. Monoclonal gammopathies and associated skin disorders. *J Am Acad Dermatol.* 1999;40(4):507-35; quiz 536-8.
2. Cohen PR, Talpaz M, Kurzrock R. Malignancy-associated Sweet's syndrome: review of the world literature. *J Clin Oncol.* 1988;6(12):1887-97.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104532>

ID - 2879

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPOXEMIA EM UM PACIENTE COM HIPERLEUCOCITOSE: UM RELATO DE CASO

ICS Riviera, DH Catelli, RH Sassi, RA Frizzo, MPB Malcon, G de Lima, CDPM Castillo, AA Paz, RI Bittencourt, TDB Soares, CC Astigarraga

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: A metahemoglobina (MtHb) é formada na oxidação do ferro divalente da hemoglobina (Hb) para o estado férrico, sendo esta molécula incapaz de se ligar ao oxigênio. A metahemoglobinemia adquirida é uma condição rara na qual ocorre um desequilíbrio no processo de produção e conversão da MtHb, secundária à exposição a agentes oxidantes ou estresse oxidativo. **Objetivo:** Descrever o caso de um paciente com diagnóstico de metahemoglobinemia adquirida. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 18 anos, previamente hígido. Iniciou quadro de dor torácica ventilatório-dependente e dispneia que o motivou a procurar atendimento em uma UPA. Foi liberado com prescrição de antimicrobianos após coleta de exames laboratoriais. Logo após, recebeu uma ligação do laboratório informando-o de resultado alarmante nos exames e procurou atendimento no hospital local. Foi então encaminhado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo diagnóstico de leucemia aguda. Na admissão, apresentava bicitopenia (Hb 6.4 g/dL e plaquetas 105 mil/uL) e hiperleucocitose às custas de blastos (leucócitos totais 477.000/uL sendo 386.000/uL blastos, representando 81% do total), bem como síndrome de lise tumoral (ácido úrico 13 mg/dL, fósforo 5.9 mg/dL). Recebeu hidratação vigorosa,

rasburicase e profilaxias (sulfametoxazol-trimetoprima e aciclovir). Neste mesmo dia, o diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda B (LLA-B) foi confirmado através de citometria de fluxo e a pré-fase com corticoterapia foi iniciada. Durante a noite, intercorre com febre, dispneia e dessaturação (SpO₂ 85% em ar ambiente). Após coleta de hemoculturas e início de antimicrobiano, realizou tomografia de tórax que mostrava infiltrados pulmonares em lobos superiores. Não havia modificação nos valores de saturação periférica de oxigênio apesar da suplementação de oxigênio, o que levou à suspeita de metahemoglobinemia e coleta de exame confirmatório. Tendo em vista diagnóstico diferencial de leucostase, o paciente foi submetido à leucaférese. A porcentagem de Mthb era 10.6%, confirmando a suspeita inicial. Os agentes potencialmente precipitantes foram suspensos (rasburicase e sulfametoxazol) e ele foi tratado com azul de metileno, evoluindo com resolução completa dos sintomas. **Discussão e conclusão:** A leitura fixa de saturação em 85% no oxímetro de pulso, sem modificação com suplementação de oxigênio é um achado clássico da metahemoglobinemia causado pela alteração no padrão de absorção da luz relacionado à Mthb. A sintomatologia, que progride conforme o aumento da quantidade de Mthb, inclui cianose, dispneia, coloração marrom-escura do sangue, confusão mental, acidose metabólica, arritmias, hipoxemia severa e coma. A anemia severa pode mascarar o surgimento de cianose, já que o seu surgimento se correlaciona a quantidade total de Mthb (Hb x %Mthb) e não a sua porcentagem. No relato descrito, a alta suspeição da equipe proporcionou um diagnóstico rápido e um tratamento preciso. Na forma adquirida é fundamental o conhecimento das substâncias associadas à esta condição para uma alta suspeição clínica de pacientes expostos que apresentam os sintomas iniciais, garantindo um tratamento tempo-efetivo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104533>

ID - 2714

DISPARIDADES REGIONAIS NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E NOS CUSTOS HOSPITALARES DAS LEUCEMIAS AGUDAS NO BRASIL: ANÁLISE DE DADOS DO DATASUS

TG Teixeira^a, LTD Oliveira^b, PFM Badaro^b,
TLD Sousa^b, BP Souza^b, FN Mendonça^c,
SSdS Araújo^d

^a MG Transplantes/Hospital Governador Israel
Pinheiro, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade do Estado da Bahia (UNEB),
Salvador, BA, Brasil

^c Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP),
Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP,
Brasil

^d Hospital das Clínicas, Universidade Federal de
Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: As leucemias agudas são doenças biologicamente heterogêneas que surgem através de células-tronco hematopoiéticas que sofrem mutações sequenciais que possibilitam

a expansão das células progenitoras mutadas. O mecanismo de leucemogênese não é completamente compreendido, no entanto, fatores de risco como idade avançada, alterações genéticas como a trissomia do 21 e síndrome de Bloom, a instabilidade cromossômica como na Anemia de Fanconi, além de doenças hematológicas prévias, exposição a produtos químicos como o benzeno ou a exposição à radiação ionizante, o tabagismo e tratamentos prévios de câncer, aumentam as chances de desenvolvimento da doença. **Objetivos:** Analisar dados do DATASUS sobre pacientes com leucemia aguda no Brasil entre 2014 e 2024, traçando o perfil epidemiológico e de custos com o tratamento. **Material e métodos:** Estudo transversal, retrospectivo e descritivo, com dados secundários do DATASUS (CID-10: C91.0; C91.3; C92.0; C92.4; C92.5; C94.0 E C94.2) entre 2014 e 2024. Foram analisados internações, óbitos, mortalidade, letalidade, custo médio e variáveis sociodemográficas. As taxas foram padronizadas por 100 mil habitantes. Utilizou-se o software R (v.4.3.1) para análise estatística, aplicando correlação de Pearson e regressão linear simples (significância: $p < 0,05$). **Resultados:** No período, o SUS registrou 416.906 internações hospitalares por leucemia, com predomínio no sexo masculino (56,9%) e em crianças de 5 a 14 anos (31%). A maioria dos pacientes eram pardos (42,5%) ou brancos (40,9%). A distribuição regional evidenciou forte concentração no Sudeste com 41,7% das internações, 48,5% de todo o gasto brasileiro com os tratamentos e taxa de letalidade (6,70%) próxima da média nacional (6,55%). O Norte apresentou a maior letalidade hospitalar (7,19%) e o menor custo médio por internação (R\$ 1.535,03). No Nordeste, segunda região com maior número de internações (26,4%), a letalidade foi de 6,27% e custo médio inferior à média nacional. As maiores taxas padronizadas de internação e mortalidade ocorreram no Sul (258,2) e Sudeste (195,4), enquanto o Norte apresentou a menor (137,0). O Centro-Oeste teve a menor letalidade com 5,80%. A regressão linear entre o custo médio por internação e a taxa de óbito entre as regiões apontou uma tendência positiva. O coeficiente de determinação ($R^2 = 0,61$) sugere que 61% da variação na taxa de óbito pode ser explicada pelo custo médio, embora sem significância estatística ($p = 0,119$). **Discussão e conclusão:** Os dados revelam disparidades regionais significativas no cuidado hospitalar de pacientes com leucemia no Brasil. A concentração de casos em crianças e adolescentes do sexo masculino, reforça o perfil epidemiológico da LLA, subtipo mais comum nessa faixa etária. O Sudeste apresenta o maior número de internações e gastos dentre todos os tipos de leucemias agudas, o que pode refletir maior oferta de serviços. Já o Norte e Nordeste, com os menores custos e maior letalidade, apontam possíveis falhas no diagnóstico precoce e no acesso ao tratamento. Estados como Amapá (21,2%) e Maranhão (18,8%) registraram as maiores letalidades, indicando a necessidade de políticas públicas focadas em equidade regional. A relação entre custo e mortalidade, embora não significativa, pode refletir maior gravidade clínica ou uso ineficiente de recursos. A relação entre custos, letalidade e desfechos é complexa e depende da biologia da doença, contexto regional, estrutura dos serviços e agilidade no acesso e início do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104534>