

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-escuro 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>