



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

RT-PCR em pacientes sintomáticos realizados nos centros participantes. **Resultados:** Em um tempo mediano de seguimento de 399 dias foram incluídos 41 pacientes com mediana de idade de 59 anos (DP 16,8). A maior parte dos pacientes eram portadores de linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), representando 24% da amostra, seguidos por linfoma folicular (17%) e linfoma de Hodgkin (17%). Em relação as comorbidades, 9 (22%) pacientes diabéticos, 17 (41%) hipertensos e 9 (22%) obesos. A taxa de admissão hospitalar foi de 75% e, mais da metade dos pacientes foram admitidos em unidade de terapia intensiva (UTI). Metade dos pacientes necessitaram de suporte ventilatório sendo, 15% dos pacientes com ventilação mecânica e outros 35% com cateter nasal de oxigênio. A prevalência de eventos trombóticos foi de 17%. Em relação ao tratamento quimioterápico 85% dos pacientes dessa amostra estava em vigência de tratamento quimioterápico no momento da infecção pelo Covid-19, no entanto na análise univariada não houve diferença estatisticamente significativa de mortalidade entre o grupo de pacientes que estavam em tratamento quimioterápico e os que não estavam (HR 1,18; IC 0,26-5,33; $p = 0,83$). A taxa de sobrevida global em 100 dias foi de 66% (IC95 53-83%). **Discussão:** A mortalidade de pacientes hematológicos com infecção pelo COVID-19 é superior a população geral e foi estimada em 34% dos casos na metanálise publicada por Vijenthira et al. Em um estudo multicêntrico realizado na Alemanha a mortalidade em pacientes hospitalizados sem antecedente de neoplasias foi em torno de 22%. A ausência do aumento da mortalidade em pacientes com exposição recente a tratamento quimio-imunoterápico é condizente com dados apresentados em literatura, no entanto não há estudos prospectivos publicados que exaltem esses achados. A idade superior a 60 anos foi o fator de maior impacto na mortalidade dos pacientes com doenças onco-hematológicas de acordo dados de literatura e em nosso estudo esse dado não foi estatisticamente significativo possivelmente devido a uma mediana de idade menor que 60 anos da amostra. É importante ressaltar que esse é um estudo retrospectivo, porém que reafirma o pior desfecho clínico dos pacientes com doença onco-hematológicas com infecção pelo COVID-19.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.919>

DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÔNICA EM PACIENTE COM INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS: RELATO DE CASO

FSD Santos, MA Carneiro, IO Dias, LC Sudário,
RM Andrade, HM Oliveira, HM Oliveira

Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

Mulher de 68 anos, hipotireoidea, em uso de levotiroxina, COVID confirmado em exame realizado há 3 dias; deu entrada no pronto atendimento de um hospital de grande porte devido a piora dos sintomas gripais, febre, astenia e dispneia aos esforços com piora progressiva. Apresentava palidez discreta, sem outros achados dignos de nota. À admissão,

apresentou leucocitose ($Gl\ 18900/mm^3$) com desvio à esquerda sem anemia ($Hb\ 13.1\ g/dL$) ou monocitose, associada a trombocitopenia moderada ($98000/mm^3$). Tomografia de tórax mostrou infiltrado difuso sugestivo de pneumonia por Covid-19. Iniciada dexametasona 6mg/dia e antibioticoterapia empírica (ceftriaxona e azitromicina). Após 3 dias de internação, manteve febre; solicitadas hemoculturas e escalonada antibioticoterapia para Piperacilina-tazobactam. Evoluiu com anemia normocítica e normocrômica discreta ($Hb\ 11.8g/dL$), trombocitopenia leve ($132000/mm^3$) e piora de leucocitose ($16600/mm^3$), monocitose ($4628/mm^3$) e surgimento de blastos em hemograma. As hemoculturas fecharam negativas. Devido à piora da leucocitose ($Gl\ 46700/mm^3$) e da monócitos ($9807/mm^3$) foi solicitada avaliação hematológica; realizada hematoscopia, que evidenciou alterações displásicas nas três séries. Realizada imunofenotipagem de sangue periférico, que mostrou presença de 15,8% de blastos mielóides, CD14- e CD16-, sem basofilia, com desvio à esquerda até promielócitos. Estudo medular inicial foi inconclusivo, com hiperplasia granulocítica e megacariocítica. Após 7 dias de antibioticoterapia, optado por alta hospitalar com proposta de acompanhamento ambulatorial, uma vez que a paciente manteve estabilidade clínica. No seguimento, evoluiu com queixa de astenia; novo hemograma mostrou piora da anemia e da trombocitopenia, assim como piora da leucocitose. Novo estudo medular realizado, com pesquisa da translocação BCR-ABL, mutações JAK2, CALR, MPL e pesquisa de sideroblastos em anel, todos negativos. No mielograma, encontrado hiperplasia granulocítica com maturação normoblástica, monocitose (13,2%), aumento do blastos (15,4%) e de megacariócitos displásicos. Cariótipo 46, XX, del (20) (q13.1). Biópsia de medula óssea com hiperplasia granulocítica e ausência de fibrose. Diante do exposto, foi feito o diagnóstico de Leucemia mielomonocítica crônica (LMMC-2). Realizado tratamento com azacitidina por 5 ciclos, mantendo leucocitose. No momento, aguardando transplante de medula óssea alogênico. **Discussão:** A LMMC é uma neoplasia hematológica mielóide com características de ambas as síndromes mielodisplásicas (SMD) e neoplasia mieloproliferativa (NMP), com até um quinto dos casos relacionados a condições inflamatórias/auto-ímmunes, conforme ilustrado neste caso, onde o seguimento é necessário para o diagnóstico. Trata-se de doença rara, predominante em idosos do sexo masculino. A apresentação varia conforme características mielodisplásicas ou mieloproliferativas, podendo se apresentar como monocitose incidental em indivíduos assintomáticos. Para o diagnóstico, é necessária a exclusão das doenças mieloproliferativas crônicas e de causas reativas, obedecendo os critérios da OMS de 2016. O tratamento varia conforme estratificação de risco e características clínico-laboratoriais mieloproliferativas/mielodisplásicas, com uso de terapia citorredutora ou hipometilante, respectivamente. O transplante alogênico de medula óssea é a única alternativa curativa disponível no momento, no entanto muitos candidatos não são elegíveis devido suas comorbidades.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.920>

