

487

PAINEL DIAGNÓSTICO FILMARRAY
GASTROINTESTINAL EM PORTADORES DE
NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS E
SUBMETIDOS A TMO ALOGÊNICO COM
DIARRÉIA: CONTRIBUIÇÃO NO
DIAGNÓSTICO E NA ADEQUAÇÃO
TERAPÊUTICA

M. Garnica^{a,b}, R.M. Rodrigues^{b,c}, G.S.L.
Neto^a, N.M. Almeida^a, I.F. Silva^a, I. Labarba^a,
M.R. Valetim^b, J. Ramos^{b,c}

^a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ),
Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Complexo Hospitalar de Niterói (CHN), Niterói,
RJ, Brazil

^c Laboratório Dasa, Brasil

Diarreia e outros sintomas gastrointestinais são muito frequentes em portadores de doenças hematológicas e submetidos a transplante de medula óssea (TMO), incluindo causas infecciosas e não infecciosas. As abordagens diagnósticas tradicionais são demoradas, exigem múltiplos testes e carecem de sensibilidade. Painéis moleculares para diagnóstico sindrômico estão sendo implementados em diferentes cenários, como infecção respiratórias, pneumonia, meningite, diarreia e permitem, além de resultado imediato (tempo de processamento de 1 hora), a pesquisa de diversos patógenos. No Painel FilmArray GI inclui 22 patógenos, entre eles bactérias enterogênicas, vírus e parasitas. Neste estudo analisamos a contribuição do Painel GI na investigação de diarreia em indivíduos com neoplasias hematológicas, em termos de rendimento diagnóstico e impacto na conduta terapêutica. Estudo prospectivo em único centro em indivíduos com neoplasias hematológicas e pós TMO alogênico e quadro diarreico. Os eventos foram investigados entre fevereiro e maio de 2020. Amostras de fezes foram coletadas para realização do Painel GI e testes tradicionais, como: parasitológico, cultura, *Clostridium* toxina A e B, Rotavírus. O rendimento diagnóstico do Painel GI foi definido como a frequência de testes positivos entre os coletados, e a contribuição do teste foi definida quando este confirmou ou modificou a hipótese clínica inicial. Foram investigados sete episódios de diarreia, sendo 5 episódios pós TMO alogênico e 2 episódios em indivíduo em tratamento para leucemia mielóide aguda, sendo a idade mediana de 35 anos (variando de 13 a 70 anos). Em 3 dos 7 casos, Painel GI documentou a etiologia: *Cryptosporidium* (2 episódios), *Clostridium difficile* (2 episódios), sendo um episódio de coinfeção (*Clostridium* e *Cryptosporidium*). Nos três casos, os testes tradicionais foram negativos. Nos 4 eventos com Painel GI negativo, os testes tradicionais aplicados também foram negativos, e a etiologia da diarreia foi considerada relacionada a doença do enxerto contra-hospedeiro (3 episódios) e no outro caso, infecção de corrente sanguínea por *P. aeruginosa* associada a colite. O Painel GI foi considerado em 6 dos 7 episódios como ferramenta que contribuiu para a investigação diagnóstica, confirmando ou modificando a suspeita clínica inicial. Em 3 episódios houve mudança de terapêutica após resultado do Painel GI. Em um episódio (ICS e colite por *P.*



aeruginosa), a aplicação do teste não acrescentou melhorias, pois o diagnóstico do evento foi através de hemocultura, e o teste não foi apto a modificar ou confirmar a hipótese inicial. **Conclusão:** Painel FilmArray GI contribuiu para a investigação diagnóstica em 86% dos episódios, com rendimento diagnóstico e mudança de conduta terapêutica em 43% dos eventos. A aplicação de painéis diagnósticos sindrômicos na hematologia apresenta grande potencial em termos de sensibilidade e redução do tempo para o diagnóstico, podendo impactar diretamente na adequação da terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.489>

488

RELATO DE CASO DE DOENÇA
ENXERTO-CONTRA-HOSPEDEIRO CRÔNICA
EM PACIENTE PEDIÁTRICO PÓS
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
ALOGÊNICO

H.A.P. Cidade, L.P. Gabriel, T.D. Ramos, N.N.
Campos, A.M. Sousa, M.C.R. Moreira, A.A.A.I.
Parente, A.M.B. Azevedo, M.G.P. Land

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio
de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A doença do enxerto-contra-hospedeiro crônica (DECHc) é uma das principais complicações de longo prazo do transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas (alo-TCTH). O acometimento pulmonar, frequentemente resulta em doença grave, crônica, com alta morbimortalidade. **Objetivos:** Descrever relato de caso de DECHc pulmonar em criança pós alo-TCTH. **Material e métodos:** Estudo descritivo, baseado em revisão de prontuário. **Resultados - Caso:** Escolar, 8 anos, masculino, diagnosticado no IPPMG em 22/08/2018 com leucemia mielóide aguda (LMA) subtipo FAB M4 de alto risco (FLT3 ITD mutado), com indicação de alo-TCTH em primeira remissão. Tratado com protocolo BFM LMA 2012. Realizou alo-TCTH, não aparentado, HLA compatível 10 x 10, no Hospital do Câncer, Jau-SP, em 27/06/2019. Sem DECH aguda ou complicações graves no pós-transplante imediato. Retornou ao serviço de origem em 15/10/2019 (D+ 110). Apresentava lesões de pele papulares, eritematosas, em tórax e alterações de enzimas hepáticas, além de lesões liquenóides em mucosa oral e queixa clínica de olho seco. Diagnosticado, pelos critérios do NIH, DECHc leve (pele, mucosas e fígado). Tratado inicialmente com corticoide tópico e ácido ursodesoxicólico. No D+145 evidenciada piora na função hepática, iniciada prednisona (PDN) oral 1 mg/kg/dia com resposta parcial após um mês. Concomitantemente observou-se piora das manifestações cutâneas tipo vitiligoide em cerca de 50% SC. Indicada fototerapia com UVB NB, não tendo sido possível iniciar pela pandemia COVID-19. No D+360 vinha em uso de PDN 0,3 mg/kg/dia quando apresentou quadro pulmonar de evolução subaguda com tosse, sibilância e crepitações bilaterais. Iniciada antibioticoterapia e broncodilatador, com manutenção da PDN oral. Em paralelo, apresentou galactomanana sérica positiva, sendo iniciado voriconazol terapêutico. Em seguida realizou tomografia de tórax (TC) com detecção de áreas de aprisionamento de ar



e discreto espessamento das paredes brônquicas, sendo associado corticoide inalatório e azitromicina. Prova de função respiratória (PFR) na ocasião já apresentava distúrbio ventilatório obstrutivo acentuado, FEV1 de 45%. DECHc grave (pulmonar grau II). Segue em remissão completa da LMA, DRM negativa por imunofenotipagem e quimerismo 100%. **Discussão:** A DECHc pulmonar possui apresentação clínica semelhante a outros diagnósticos diferenciais, e particularmente na faixa etária pediátrica, são escassas as publicações e diretrizes específicas. Na presença de achados diagnósticos de DECHc em outro órgão, a detecção de padrão obstrutivo na PFR associada a TC tórax com aprisionamento de ar, bronquiectasia e/ou espessamento das pequenas vias aéreas são suficientes para o diagnóstico de DECHc pulmonar, não sendo necessária biópsia para a documentação de bronquiolite obliterante (BO). O esquema com fluticasona, azitromicina e montelucaste (FAM) é uma boa opção adjuvante no tratamento de DECHc pulmonar, mas na literatura a corticoterapia sistêmica segue sendo o tratamento padrão ouro e deve ser precocemente iniciado. **Conclusão:** A DECHc pulmonar é menos frequente em pediatria e seu diagnóstico difícil, mesmo assim é fundamental estar atento ao surgimento desta complicação devido sua gravidade e necessidade de tratamento precoce.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.490>

489

SCOPULARIOSE INVASIVA EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO: RELATO DE CASO



C. Voltarelli, B.C. Tan, L. Costa, R. Pasquini, V. Funke

Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Descrevemos um caso de infecção disseminada fatal por *Scopulariopsis sp.* em paciente com DECHc após transplante alogênico de células tronco hematopoiéticas não aparentado compatível 9/10 para Mielodisplasia, diagnosticada em 2014. Paciente masculino de 59 anos, DECHa grau III de pele, fígado e olho, tratado com prednisona. Houve perda de seguimento em 2017, quando foi diagnosticado com DECHc. Retorna em março de 2020, em uso de prednisona em baixa dose desde 2017 e com quadro pulmonar infeccioso, além de DECHc de pele, olho, fígado, boca e provável pulmão, grau grave e sem características de risco. Em abril de 2020, após três internações prévias por quadro respiratório, uma TC de tórax revelou lesão escavada sugerindo infecção fúngica, iniciou voriconazol. Também apresentava diarreia por *C. difficile* que foi tratada. Retorna após um mês com piora da dispneia e do padrão pulmonar em TC em uso de voriconazol oral. Iniciou voriconazol endovenoso. Em maio, durante procedimento de broncoscopia houve sangramento pulmonar e internamento em UTI. Lavado broncoalveolar sugeriu quadro viral por CMV, iniciando ganciclovir. Em junho, como havia áreas em vidro fosco na TAC de tórax sugestivas de quadro viral realizou sorologia para COVID-19, tendo como resultado IgG positivo. Foi então realizado RT-PCR negativo para COVID-19. Nova TC mostrou infiltrado em vidro fosco, nódulo com sinal

do halo, consolidação e derrame pleural bilateral. Piora do quadro pulmonar com dispneia e tosse produtiva. Pesquisa e cultura de escarro mostrou crescimento de *Scopulariopsis sp.*, sendo iniciados Itraconazol e Anfotericina B lipossomal. Não houve resposta ao tratamento, evoluindo com piora clínica progressiva, vindo a óbito em julho por insuficiência respiratória. Pacientes imunocomprometidos possuem risco maior de infecções fúngicas oportunistas devido a diversos fatores. Os principais fatores de risco incluem neutropenias graves, catéteres vasculares e urinários, disrupção da mucosa gastrointestinal ou orofaríngea por quimioterapia, uso de antibióticos de amplo espectro e terapia com corticosteroides para DECH. Raramente causa infecções invasivas, o fungo filamentosso não dermatófito *Scopulariopsis sp.* está mais associado a onicomioses. Há altas taxas de resistência desses fungos a praticamente todos os antifúngicos usados atualmente, incluindo anfotericina B e voriconazol, que estão entre os medicamentos mais usados para a profilaxia e tratamento de primeira linha de infecções sistêmicas por fungos. Há um número crescente, porém ainda restrito, de infecções por esse agente em hospedeiros imunocomprometidos. Seu diagnóstico é difícil e não há manifestações clínicas específicas, não há sorologia disponível, sendo necessária cultura e exame micológico direto. Nosso paciente possuía como fator de risco história de DECH com uso contínuo de corticosteroides e infecção por CMV. Não é possível afirmar qual o papel da infecção prévia por COVID-19 no desfecho deste caso pois o diagnóstico foi sorológico mas a coinfeção por fungo e SARS COV-2 tem sido relatada em pacientes imunossuprimidos. A terapia apropriada para infecções por *Scopulariopsis* ainda não foi definida. Trata-se de um fungo resistente à variedade de drogas empregadas. Assim, mais estudos são necessários para definir a melhor conduta nestes casos, além de demonstrar a importância de um diagnóstico etiológico precoce e preciso das infecções fúngicas invasivas potencialmente fatais em pacientes imunocomprometidos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.491>

490

TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS 7 ANOS PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO EM MIELOMA MÚLTIPLO RECIDIVADO: RELATO DE CASO



V.R.H. Nunes, I.S.E. Pimentel, M.N. Kerbauy, J.Z.M.D. Nascimento, A.I.D.D. Santos, D.C. Pasqualin, A.M.P.S. Bezerra, L.F.S. Dias, A.A.F. Ribeiro, N. Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

Relatamos o caso de paciente masculino, 54 anos, diagnosticado em 2005 com plasmocitoma solitário em osso ilíaco e tratado com radioterapia local. Três anos após o diagnóstico, a doença progrediu para Mieloma Múltiplo (MM) cadeia leve Kappa, com deleção do TP53. Neste momento, foi realizado protocolo CyBorD (Bortezomib + Ciclofosfamida + Dexametazona) e TCTH autólogo em maio de 2009. Em 2013, o paciente evoluiu com recaída do MM, com lesões osteolíti-