

queixas ou alterações em região anal. No D42 pós allogênico, iniciou com hematoquezia de grande monta, sendo realizado toque retal e anuscopia, identificando a presença de lesão endurecida, não redutível, sem sangramento ativo, dolorosa ao toque, aspecto verrucoso e pequenas fissuras em sua superfície; na tomografia de abdome confirmou-se formação nodular na borda anal à direita, medindo cerca de 3,5 x 3,4 cm, associada à linfonodomegalia em cadeia ilíaca esquerda, com morfologia irregular e calcificações de perimeio, medindo 2,6 x 2,3 x 2,0 cm. O anatomopatológico da lesão demonstrou lesão infiltrativa de canal anal, compatível com carcinoma de células escamosas. Paciente encaminhada a serviço de oncologia para seguimento e tratamento. **Discussão:** As complicações após o TMO, incluem doenças malignas, uma vez que os pacientes têm maior sobrevida livre da doença primária. Tumores sólidos têm se destacado como complicação maligna do TMO, surgindo vários anos após o procedimento, com uma média de cinco a dez anos. O caso da paciente relatada difere das estatísticas e chama atenção por ter ocorrido em um mês após o transplante, deixando dúvida se existia uma lesão indolente não identificada previamente ao transplante ou se a imunossupressão secundária aos esquemas quimioterápicos podem acelerar o processo oncogênico. Estudos têm demonstrado que ao longo do acompanhamento pós-TMO, o risco de desenvolver malignidades hematológicas diminui, enquanto que para tumores sólidos aumenta progressivamente. Existem evidências de que a patogênese é influenciada por múltiplos processos, indicando que o surgimento e disseminação do tumor podem ser resultados de falhas do sistema imunológico em controlar as células neoplásicas, bem como outros fatores relevantes. É amplamente reconhecido que o sistema imunológico desempenha um papel crucial em várias interações entre o tumor e o hospedeiro. Penn I., sustentou que “qualquer forma de imunossupressão, de suficiente duração e intensidade, levará ao desenvolvimento de certas formas de câncer”. **Conclusão:** O TMO, apesar de ser uma estratégia terapêutica de ampla importância na abordagem clínica da leucemia mieloide aguda, aumenta o risco de neoplasias secundárias, devendo, assim, haver um acompanhamento adequado e um alto índice de suspeição diante de lesões características.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.594>

MUCORMICOSE DE RINOFARINGE EM PACIENTE ADULTO COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: UM RELATO DE CASO

F Malagutti, FGL Nunes, GG Rodrigues,
LOVD Reis, MEP Antonioli, JS Almeida,
GE Kobashikawa, SC Fortier, TC Bortolheiro,
ACKVD Nascimento

*Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São
Paulo (ISCMSP), São Paulo, SP, Brasil*

Introdução/Objetivos: A mucormicose, também conhecida como zigomicose, é uma infecção fúngica rara, causada por fungos na ordem dos Mucorales, com alta morbidade e

mortalidade (54%). Representa a terceira lesão fúngica invasiva mais comum em pacientes imunossuprimidos, depois da aspergilose e candidíase, tendo uma incidência de 0.1% em pacientes com neoplasias hematológicas. O relato tem como objetivo destacar a importância do diagnóstico precoce e tratamento combinado com terapia medicamentosa e cirúrgica. **Material e métodos:** As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário e revisão de literatura. **Relato de caso:** Paciente G.A.S, 44 anos, internado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e diagnosticado com Leucemia Linfoblástica Aguda pré B. Foi iniciado protocolo Gmall2003, evoluindo com neutropenia febril, coriza e episódio autolimitado de epistaxe, 19 dias após do início da quimioterapia. Realizou TC de seios da face e tórax, sendo evidenciado sinal de sinusopatia. Em avaliação pela equipe de otorrinolaringologia, realizado nasofibroscopia em que foi observada lesão heterogênea escurecida-esverdeada com pontos acinzentados em cabeça de corneto médio esquerdo e lesão esverdeada puntiforme em cabeça do corneto médio direito, compatível com lesão fúngica invasiva sugestiva de mucormicose. Iniciado de forma precoce terapia medicamentosa com anfotericina B desoxicolato 50 mg/dia e indicado cirurgia de urgência para desbridamento das lesões e coletado material para biópsia que mostrou presença de hifas não septadas com ramificações em ângulo reto, compatível com mucormicose. Fez uso de anfotericina B desoxicolato por 22 dias, até disponibilidade da anfotericina lipossomal, sendo administrada por 30 dias na dose de 5 mg/kg/dia. Evoluiu com melhora da neutropenia febril e pós-operatório sem intercorrências. Seguiu com a quimioterapia de indução II do protocolo com atraso de 9 dias, sem recorrência do foco infeccioso. Paciente recebeu alta com itraconazol 200 mg/dia como tratamento de manutenção, por indisponibilidade de posaconazol no serviço público. Após alta já realizou mais 2 ciclos de consolidação sem complicações infecciosas. **Discussão:** Por tratar-se de uma infecção rapidamente progressiva e altamente fatal, a mucormicose deve ser suspeitada em pacientes imunossuprimidos com neutropenia febril e sintomas nasais e prontamente iniciado tratamento. Embora não haja consenso, a maioria dos estudos recomenda anfotericina B lipossomal em altas doses como primeira linha de tratamento associado à intervenção cirúrgica precoce quando possível, podendo apresentar taxa de sobrevivência 62%. **Conclusão:** O caso apresentado reforça a importância do diagnóstico precoce e início imediato do tratamento com terapia antifúngica e cirúrgica resultando em desfechos favoráveis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.595>

LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA COM RECIDIVA EXTRAMEDULAR EM CONDUTOS AUDITIVOS: UM RELATO DE CASO

SS Custodio, TV Lourenço, TG Teixeira,
RG Silva, WSV Júnior, NM Bernardes,
SEBJ Neves, LMB Batista, YAV Vivas, ABF Glória

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo
Horizonte, MG, Brasil*