

queixas ou alterações em região anal. No D42 pós allogênico, iniciou com hematoquezia de grande monta, sendo realizado toque retal e anoscopia, 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*

Introdução: A leucemia promielocítica aguda (LPA) é um sub-tipo de leucemia mieloide aguda (LMA), que apresenta quadro clínico, prognóstico e tratamento distintos, associados a anormalidades citogenéticas específicas: a translocação dos cromossomos 15 e 17 t(15;17)(q22;q12) e variantes. Apresenta taxa de sobrevida global (SG) que pode chegar a 94%. Entretanto, recidivas extramedulares podem ocorrer em 3 a 5% dos casos. **Objetivo:** Relatar um caso de recidiva extramedular (EM) de LPA em condutos auditivos externos. **Relato de caso:** MS, feminino, 19 anos, diagnosticada, em dezembro de 2021, com LPA de alto risco (31720 leucócitos na admissão), cariótipo 46, XX, PML-RAR α isoforma curta (bcr3). Realizado tratamento com protocolo baseado em ácido all-trans-retinóico (ATRA) e antraciclina. Obteve remissão molecular após terceiro ciclo da consolidação. Em fevereiro de 2023, após 7 meses da primeira remissão, a paciente reportou queixa de otalgia e otorreia bilateralmente. Em tomografia de ouvido externo, foi identificado material ocupando os condutos auditivos bilateralmente, que foram biopsiados. Os resultados de hematoxilina-eosina e imunohistoquímica comprovaram tratar-se de infiltração por leucemia mieloide. Após investigação medular com mielograma, cariótipo e biologia molecular, além de punção líquórica e tomografias para descartar outros sítios de infiltração, diagnosticou-se recaída precoce EM isolada. Optou-se por terapia de salvamento com mitoxantrone, citarabina e ATRA. A 2ª remissão foi definida pela manutenção de ausência de doença na medula óssea com doença residual mensurável negativa, por controle radiológico e avaliação local pela otorrinolaringologia, devido à indisponibilidade de PET-TC. Havia, em discussão, proposta de consolidação com transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) autólogo e radioterapia local. Entretanto, por razões individuais da paciente, houve perda de seguimento. **Discussão:** A SG e a sobrevida livre de progressão, nas LPAs de alto risco, podem chegar a 82% e 79%, respectivamente. Contudo, recidivas EM contríbuiem para piores desfechos. Majoritariamente estas são diagnosticadas associadas à recaída medular. No entanto, recidivas EMs isoladas ocorrem e são prenunciadoras de recaídas sistêmicas, justificando abordagem intensiva. Além da leucocitose maior que 10.000 ao diagnóstico, outros fatores de risco têm sido associados ao aumento de chance de recaídas, como a expressão de CD56 e da isoforma bcr3 do PML-RAR α , bem como o cariótipo complexo. A presença de alterações citogenéticas adicionais, por sua vez, não parece conferir pior prognóstico. Embora recaídas isoladas de LPA no conduto auditivo tenham sido relatadas anteriormente, essa apresentação é extremamente incomum. Assim, é importante aumentar o grau de suspeição em pacientes com doença em remissão que trazem queixas relacionadas. Neste caso, a escolha pelo esquema de indução baseou-se na indisponibilidade de trióxido de arsênio no sistema público de saúde. A melhor estratégia de consolidação após segunda remissão ainda carece de consenso em literatura. **Conclusão:** A recidiva EM isolada na leucemia promielocítica aguda (LPA) pode representar desafio diagnóstico e requer elevada suspeição clínica durante o seguimento. Ter conhecimento dos possíveis fatores de risco descritos na literatura associados a maiores chances de recaída pode auxiliar na condução desses casos.

SARCOMA MIELOIDE DIAGNOSTICADO ATRAVÉS DE BIÓPSIA DE ENDOMÉTRIO: UM RELATO DE CASO

RS Kojima, LFBH Junior, BFC Galvão,
ACLD Nascimento, AL Oliveira, FGB Chaves,
AID Ennes, TS Datoguia, N Hamerschlak

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

Introdução: O sarcoma mieloide (SM) é uma doença rara, que consiste na proliferação extramedular de células mieloides imaturas. Pode se apresentar como uma doença isolada, ou, mais frequentemente, em pacientes com história de Leucemia Mieloide Aguda, neoplasia mieloproliferativa (NMP), síndrome mielodisplásica (SMD), NMP/SMD ou leucemia mieloide crônica em crise blástica. Pode manifestar-se em qualquer parte do corpo, sendo os sítios mais frequentes linfonodos, tecidos moles, testículos e pele. O diagnóstico de SM pode ser desafiador do ponto de vista clínico e anátomo-patológico. A seguir, relatamos um caso de sarcoma mieloide com apresentação em endométrio e apêndice cecal. **Relato de caso:** Paciente feminina, 40 anos, com histórico de carcinoma papilífero de tireoide em 2015 (tratado com tireoidectomia e iodoterapia), iniciou investigação de dor abdominal há 6 meses, sem sintomas constitucionais. Realizou ultrassonografia transvaginal evidenciando útero com dimensões aumentadas e textura miometrial difusamente heterogênea, complementada investigação com ressonância magnética de pelve e PET-CT que demonstraram lesão infiltrativa homogênea acometendo corpo, fundo e colo uterino, peritônio, serosa do reto e do fórnice vaginal posterior, ovários e apêndice cecal, múltiplas linfonodomegalias supraclaviculares e abdominais com aumento de atividade metabólica em PET. As biópsias das lesões endometriais, apêndice cecal, linfonodo supraclavicular esquerdo e peritoneal foram compatíveis com sarcoma mieloide. Complementada investigação com avaliação medular, sendo identificado no mielograma 3,2% de blastos mieloides, imunofenotipagem com 2,2% de células de população mieloide imatura e anômala e painel mieloide com presença de mutações em FLT3-ITD, NPM1 e IDH1. Iniciado protocolo de indução com Mitoxantrone-FLAG com Venetoclax com avaliação de resposta pós tratamento com PET-CT que evidenciou regressão das lesões infiltrativas e linfonodomegalias e sem captações. Após a realização do PET a paciente foi submetida a consolidação 1 no mesmo protocolo e, atualmente, está em uso de inibidor de FLT3 (midostaurin) como ponte até realização de transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas. **Discussão:** A prevalência do SM é descrita em torno de 2 a 8% dos casos de LMA, podendo ser confundida com outras entidades, como linfomas, neoplasias indiferenciadas e hematopoese extramedular. A imunohistoquímica é imprescindível para confirmação diagnóstica. A anormalidade citogenética mais relatada é a translocação t(8;21), sendo a inv(16) também presente em maior frequência. Do ponto de vista molecular, as mutações mais relatadas na literatura são NPM1, KIT, TET2, NRAS, FLT3-ITD e DNMT3A. Os SM primários sem doença intramedular tendem a apresentar piores curvas de sobrevida, já a nossa paciente apresenta infiltração medular e conforme descrito na literatura, tem melhor prognóstico quando comparado aqueles que não tem doença na medula. Os regimes quimioterápicos