

solo, água e plantas, sendo que ocasionalmente podem infectar humanos. A fusariose é a segunda causa mais comum de infecções fúngicas nos pacientes imunossuprimidos. Os receptores de transplante autólogo de medula óssea não costumam apresentar alto risco de desenvolver esse agravo, principalmente devido à imunossupressão menos intensa quando em comparação ao transplante alogênico, no entanto, casos já foram descritos. **Objetivo:** Relatar caso clínico referente à fusariose invasiva após transplante autólogo de medula óssea. **Métodos:** Os dados foram obtidos após revisão do prontuário. **Caso clínico:** C.L.F, 36 anos, sem comorbidades prévias, diagnóstico em 2021 de Linfoma Difuso de Grandes Células B, subtipo ABC, EC IV. Realizada primeira linha com R-CHOP seguida por radioterapia mediastinal por persistência de doença em pericárdio. Evoluiu com progressão de doença dois meses após radioterapia. Realizadas linhas de tratamento subsequentes: 2ª linha com R-DHAOx, progressão após segundo ciclo e 3ª linha com pembrolizumabe associado à ICE. Após o sexto ciclo foi realizado PET/CT que evidenciou aumento do hipermetabolismo glicolítico em partes moles, realizadas biópsias que descartaram acometimento pela doença onco-hematológica, sendo então considerado como evento imunológico secundário ao uso do inibidor de checkpoint e iniciada corticoterapia. Foram realizados três ciclos adicionais com pembrolizumabe em monoterapia e encaminhada para transplante autólogo de medula óssea em resposta completa. Realizado condicionamento com Benda-EAM e infusão de células progenitoras periféricas em 19/07/2023, apresentou enxertia neutrofílica no D+14. Após ATMO evoluiu com complicações infecciosas, iniciando em 08/08/2023 quadro de lesões cutâneas necróticas disseminadas e sinusite com lesão de septo nasal, as quais sugeriam componente fúngico. Biópsias da pele e do septo nasal resultaram em dermatose linfo-histiocitária com focos supurativos, compatível com a hipótese clínica de fusariose invasiva. Apesar do tratamento com anfotericina B lipossomal e voriconazol, a paciente apresentou piora clínica relacionada ao acometimento pulmonar pela infecção fúngica, evoluindo à óbito em 20/09/2023. **Discussão:** Pacientes que apresentam neutropenia prolongada são de alto risco para fusariose invasiva. Foram descritas em estudos prévios incidências globais de 6/1000 casos relacionados a transplantes alogênicos e 1.5-2/1000 casos relacionados a transplantes autólogos. Ademais, é necessário levar em consideração o risco de infecções fúngicas associado ao uso de inibidores de checkpoint, tanto pela necessidade de associação de corticoterapia para controle de eventos imunológicos quanto pela linfopenia e neutropenia que podem causar. O prognóstico da infecção no contexto de transplante de medula óssea é muito pobre, principalmente por não haver tratamentos com altas taxas de sucesso. Apesar do desafio para o tratamento, foram alcançados bons resultados com uso de anfotericina B lipossomal e antifúngicos triazólicos. Apesar disso, discute-se que as medidas preventivas são mais importantes que a terapia antifúngica. **Conclusão:** É incomum a apresentação de

fusariose invasiva em pacientes pós transplante autólogo de medula óssea, no entanto, quando ocorre, apresenta importante desafio clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.450>

LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B NO PERÍODO GESTACIONAL

LS Sampaio, LS Silva, LCS Castro, IV Oliveira,
LAC Camapum, MMLM Vasconcelos,
IM Teixeira

Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE,
Brasil

Introdução: O linfoma não-Hodgkin (LNH) é uma neoplasia maligna prevalente mundialmente que engloba diversos subtipos, sendo o mais comum o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB), que equivale a 25% dos casos de LNH no mundo. É uma patologia com predomínio masculino e que atinge uma média de idade de 64 anos, por isso, é menos frequente na gravidez. Os sintomas inespecíficos e a hesitação em realizar medidas invasivas em gestantes pode atrasar o diagnóstico e o tratamento. **Relato de caso:** Mulher de 26 anos com quadro de astenia progressiva há 06 meses, limitando deambulação, realizou hemograma que revelou anemia severa. Encaminhada ao hospital para transfusão e internação, onde apresentou hemorragia digestiva alta com necessidade de cirurgia de emergência (gastrectomia parcial e biópsia). Finalmente, após estabilização do quadro, foi de alta e teve resultado compatível com LDGCB com indicação de quimioterapia (QT), mas negou por questões estéticas. Após 7 meses, estava gestante e procurou emergência obstétrica por dor abdominal intensa, onde foi constatado feto vivo e massa abdominal de aproximadamente 20 cm de diâmetro. Em discussão conjunta com Hematologia e Obstetrícia, decidiu-se por iniciar QT com rituximabe, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona (R-CHOP) e programar parto cesáreo para 32 semanas. Paciente e filha foram de alta com seguimento ambulatorial para conclusão de ciclos de quimioterapia e radioterapia. Uma semana após término da QT, apresentou febre, dor e aumento do volume abdominal, sendo iniciado suporte clínico e reestadiamento. Devido à recidiva tumoral, foi indicado realização de esquema de resgate com rituximabe, ifosfamida, carboplatina e etoposide (R-ICE) ao qual a paciente se opôs por preferir abordagem cirúrgica. Porém, evoluiu com síndrome da lise tumoral e óbito. **Discussão:** Clinicamente, o LDGCB apresenta-se como uma massa sintomática de crescimento rápido, normalmente cervical ou abdominal, além de linfonodomegalia, sintomas B e aumento de LDH. O sítio primário extranodal mais comum é o trato gastrointestinal. O curso da doença é mais estável durante a gravidez e progride rapidamente após o parto. O diagnóstico baseia-se na realização de biópsia excisional de um linfonodo ou de outros sítios afetados. Geralmente, o

principal esquema terapêutico consiste no R-CHOP. Nas gestantes, o tratamento varia conforme o período gestacional. No 1º trimestre, deve-se considerar a resolução da gravidez, tendo em vista os altos riscos de teratogenicidade dos quimioterápicos e de progressão da doença em caso de adiamento do tratamento. No 2º trimestre, considera-se o risco-benefício do início do tratamento, já que os efeitos teratogênicos nesse período ainda são incertos. No 3º trimestre, pode-se optar por induzir o parto e adiar o tratamento para o pós-parto ou iniciar o tratamento definitivo durante a gestação. Após o tratamento, cerca de 1/3 dos pacientes apresentam recidiva e 10% dos casos são refratários à terapêutica inicial. **Conclusão:** A abordagem do LDGCB em gestantes ainda é um grande desafio, tendo em vista os limitados estudos nesse grupo e os potenciais efeitos teratogênicos do tratamento. Diante disso, o manejo desta patologia deve ser executada conforme o período gestacional e a decisão conjunta entre gestante, obstetra e oncologista, avaliando o risco-benefício para o binômio materno-fetal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.451>

LINFOMA EXTRANODAL DE CÉLULAS T/NK TIPO NASAL: UM ESTUDO DE CASO

FS Rodrigues^a, MLM Martins^a, GLS Cordeiro^a,
VC Monici^a, CCB Silva^a, MDS Montenegro^a,
SMCBP Jesus^b, MMAS Arruda^b

^a Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Sírío-Libanês de Brasília (HSL Brasília),
Brasília, DF, Brasil

Introdução: O Linfoma de Células T/NK é um subtipo raro e agressivo de Linfoma não-Hodgkin que acomete principalmente populações asiáticas e latino-americanas. Comumente afeta regiões extranodais, em especial a cavidade nasal, e pode ser causador de uma apresentação rara que, anteriormente, era denominada “granuloma letal de linha média”. Em geral, tem como patogênese a infecção pelo vírus Epstein-Barr (EBV), tendo apresentação mais branda, caso localizado apenas na cavidade nasal, mas pode ser mais agressivo, se localizado além da cavidade nasal. **Objetivos:** Este trabalho visa a descrever o caso clínico de um paciente com Linfoma de Células T/NK extranodal (tipo nasal) destacando os tratamentos realizados e a resposta às terapias, considerando a idade do paciente. **Relato de caso:** Homem de 80 anos, previamente hipertenso, dislipidêmico, diabético tipo 2 e hipotireoideo, busca atendimento médico devido ao surgimento de uma massa de rápido crescimento em região de pálpebra inferior de olho direito. Paciente nega sintomas B associados. Realizada biópsia incisional da lesão, compatível com Linfoma de Células T/NK extranodal nasal. O paciente foi submetido a PET-CT para estadiamento da doença que evidenciou lesão expansiva com realce pelo meio de contraste e discreta atividade metabólica (SUV = 4,4) em partes moles da região

periorbitária inferior direita, medindo cerca de $2,7 \times 1,2$ cm. Ausência de linfonodos com aumento significativo da atividade metabólica. Dessa forma, evidenciou-se estadiamento clínico localizado (IA). O paciente foi tratado com protocolo VIPD, tendo obtido Resposta Completa após o tratamento. Cinco meses após o término do tratamento, entretanto, o paciente evoluiu com recaída de doença (nova lesão em rino-faringe). Paciente realizou tratamento com radioterapia local (10 frações de 3Gy) e, após, um ciclo de DDVP. O paciente apresentou neutropenia febril com choque séptico e foi optado por suspender este tratamento de resgate e realizar tratamento alternativo com Pembrolizumabe. Após 2 ciclos, paciente atingiu resposta completa. Atualmente, cinco meses após o início do protocolo com Pembrolizumabe, o paciente segue em resposta completa. **Discussão:** O tratamento convencional para Linfoma de Células T/NK em estágio IA geralmente inclui radioterapia local e quimioterapia, tendo uma sobrevida livre de progressão de 5 anos entre 73%-89%. O paciente respondeu de forma satisfatória ao tratamento inicial, porém evoluiu posteriormente com recidiva da doença. Foi optado por iniciar tratamento de resgate com Pembrolizumabe, um inibidor de PD-1, protocolo de tratamento em estudo para casos refratários de Linfoma de Células T/NK nasal. Para este paciente idoso, com múltiplas comorbidades e alta toxicidade à quimioterapia (neutropenia febril com choque séptico), o novo tratamento proporcionou sobrevida livre de progressão de doença e melhor qualidade de vida diante de uma doença rara e agressiva. **Conclusão:** O caso apresenta um tratamento de resgate raro para Linfoma T/NK nasal, com uso de Pembrolizumabe, permitindo maior qualidade de vida para um paciente idoso. Trata-se de um caso relevante do ponto de vista acadêmico, tendo em vista se tratar de uma doença muito rara que teve boa resposta a um tratamento ainda pouco utilizado neste contexto.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.452>

LINFOMA DE BURKITT EM TRANSPLANTE CARDÍACO DE LONGO PRAZO: RELATO DE CASO

LFM Olivatto, ACR Marques, VOC Rocha,
MLRO Almeida, VL Costa, RCR Queiroz,
DD Souza, OCCG Baiocchi

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São
Paulo, SP, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós-transplante (PTLD) é um grupo de linfomas de células B mais frequente no primeiro ano após transplante. Entre indivíduos com transplante cardíaco, há uma incidência de 2 a 8% de desenvolvimento de PTLD. O linfoma de Burkitt é um linfoma de células B com alta taxa proliferativa, podendo ser o subtipo de apresentação desta doença. **Objetivos:** Relatar um caso de linfoma de Burkitt em paciente com histórico de transplante