

demonstrated a broad panorama, with several possibilities for improving patient care, producing scientific work and acquiring knowledge, free of charge.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1729>

#### MUCORMICOSE HEPATOESPLÊNICA CRÔNICA EM TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

MR Sagrilo, GB Fischer, LPD Santos, G Bellaver, AV Schwarzbald, A Zago, BBC Paula, VG Weber, NM Mottecy, CCD Nascimento

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

**Introdução:** Transplantados de medula óssea têm alto risco para infecções oportunistas. A mucormicose, infecção fúngica invasiva, requer pronto diagnóstico e tratamento devido a alta letalidade. A forma gastrointestinal é extremamente rara. Este relato parece ser a primeira descrição na literatura de mucormicose hepatoesplênica em TCTH, essencialmente suplantando sobrevida de mais de 18 meses. **Métodos:** Relatamos caso raro de mucormicose hepatoesplênica em paciente transplantado alogênico em hospital universitário público do Rio Grande do Sul, ressaltando os desafios de diagnóstico e tratamento. **Resultados:** Masculino, 15 anos, portador de LLA-T recaída em sistema nervoso, foi submetido a TCTH haploidentico de progenitor masculino, após condicionamento com CY-TBI em dezembro de 2022. A imunossupressão foi realizada Ciclosporina e Micofenolato. No D+9, apresentou dor abdominal, vômitos, febre e taquicardia. TC de abdome mostrou a presença de nódulos hepáticos hipodensos, lobulados e sem realce ao contraste, medindo até 2,3×2,3 cm. Iniciou tratamento com Anidulafungina pela suspeita de candidíase hepática. Paciente permaneceu febril em 48 horas e foi feita troca para Anfotericina B Complexo Lipídico. No D +17 se reavaliou a imagem, detectando-se aumento nas dimensões das lesões, as maiores com 3,3×2,5 cm, a despeito da melhora clínica do paciente. A pega medular ocorreu no D +42, retardada pela presença da infecção fúngica. A Anfotericina B foi mantida do D+11 ao D+120, quando houve nova tentativa de uso da Anidulafungina. Em 14 dias após o desescalonamento do antifúngico, a TC evidenciou aumento das lesões e surgimento de esplenomegalia, sugerindo progressão da infecção, e o retorno da Anfotericina B foi imperativo. A plaquetopenia severa permanecia desde o TCTH e inviabilizava a biópsia hepática. O paciente permaneceu utilizando a Anfotericina B diariamente e fazendo reavaliações de imagem mensalmente até o oitavo mês pós-TMO, quando atingiu condições clínicas de biópsia hepática percutânea. Duas biópsias foram necessárias para que o diagnóstico de mucormicose fosse determinado através de anatomopatológico e exame direto. Com o diagnóstico firmado foi realizada a troca do tratamento para Isavuconazol, o qual permanece em uso há cerca de nove meses, com estabilidade clínica e de imagem. O diagnóstico de mucormicose, mesmo nas apresentações típicas, como a rino-cerebral, pode ser muito difícil. Os relatos de mucormicose gastrointestinal são

raríssimos e descrevem essencialmente acometimento de esôfago, estômago e intestino. Os casos de micoses hepáticas em TCTH se concentram em descrever a candidíase hepatoesplênica. Esse caso mostra uma infecção precoce, instalada na aplasia e que se cronificou, o que é incomum no que diz respeito às infecções fúngicas, pois normalmente, se não levam o paciente ao óbito na fase de neutropenia, elas melhoram e/ou curam no período pós-peg. Na revisão literária não se encontrou outro caso com clínica semelhante. **Conclusão:** A mucormicose gastrointestinal é raríssima e possui alta letalidade. Possivelmente essa seja a primeira descrição na literatura médica de uma forma aguda cronificada de mucormicose hepatoesplênica em TCTH. Ademais, esse paciente já apresenta sobrevida que suplanta mais de 18 meses, o que torna o caso mais único. Questionamentos sobre o seguimento, o tempo de tratamento e a possibilidade de suspensão do antifúngico permanecem em aberto visto que não se tem dados para manejo de tal apresentação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1730>

#### LOMUSTINE, ETOPOSIDE AND CYCLOPHOSPHAMIDE IN CONDITIONING REGIMEN FOR LYMPHOMAS: FINAL ANALYSIS

RC Samico<sup>a</sup>, CTS Leal<sup>b</sup>, JD Ferreira<sup>b</sup>, KBD Santos<sup>b</sup>, AEH Neto<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital do Câncer de Muriaé, Muriaé, MG, Brazil

<sup>b</sup> Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brazil

**Objectives:** The objective of this study is comparing the characteristics and outcomes of patients with lymphoma who received the conditioning regimen protocol with Lomustine, Etoposide, and Cyclophosphamide (LEC) for autologous hematopoietic stem cell transplantation, with patients with lymphoma who underwent another conditioning regimen protocol (CBV). **Method:** In the first step, the maximum tolerated dose of lomustine was set at 400 mg/m<sup>2</sup>, using a 3:3 scale. The second step consisted of evaluating the protocol with the use of lomustine (400 mg/m<sup>2</sup>) and etoposide (1g/m<sup>2</sup>) on day -5, followed by cyclophosphamide (6g/m<sup>2</sup> from days -4 to -2). The results were compared with the historical series of patients submitted to conditioning with carmustine, cyclophosphamide, and etoposide (CBV). Treatment-Related Mortality (TRM), Progression-Free Survival (PFS), and Overall Survival (OS) were calculated. **Results:** Of the 109 patients evaluated, 42 received LEC and 67 received CBV. Sixty-six (60%) patients had Hodgkin's lymphoma, with the following distribution between the two protocols: CBV: 64% (42); and LEC: 36% (24). A total of forty-three (40%) patients had non-Hodgkin lymphoma, with the following histological types: Mantle cell lymphoma 25.6% (11); Diffuse large B-cell 48.8% (21); Peripheral T-cell 11.6% (5); Burkitt 2.32% (1); Anaplastic 2.32% (1); with 4 having histology not found in the medical records. Among patients with non-Hodgkin lymphoma, 42% (18) were submitted to LEC and 58% (25) to CBV. At the time of ASCT, 10 patients had refractory disease, with no statistically significant difference between treatment groups, as well as