

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-

cas e aumento de Kappa no free light, sendo submetido a esquema de resgate CyBorD, seguido de tandem auto-alo, com segundo TCTH autólogo em julho de 2013 e TCTH alogênico aparentado 3 meses após. Paciente não apresentou qualquer evidência de DECH após o transplante. Menos de dois anos após o TCTH alogênico, apresentou nova recaída da doença, e foi submetido à múltiplos esquemas terapêuticos. Após uma nova progressão da doença, foi optado pelo esquema mCBAD (ciclofosfamida, bortezomibe, doxorubicina e dexametasona), evoluindo com resposta parcial. Por apresentar quimiossensibilidade, foi optado por realizar novo transplante autólogo. Neste período, o paciente apresentava quimerismo de 100% do doador em medula óssea. Realizado condicionamento com Melfalano 200 mg/m² e Bendamustina, com infusão de 3,14 x 10⁶/kg de células CD34+, em junho de 2020. Em avaliação após o transplante, apresentava doença residual mínima negativa, quimerismo de 100% e Free light sérico sem alterações, mostrando resposta completa. Dezesete dias após o TCTH autólogo, iniciou episódios de diarreia, náuseas e vômitos. O estudo anatomopatológico da biópsia de estômago revela alterações sugestivas de doença do enxerto-versus-hospedeiro, grau histológico 1, e na biópsia de cólon transverso foram encontradas alterações citopáticas relacionadas ao citomegalovírus (CMV). Neste período, o paciente também apresentava reação da polimerase em cadeira (PCR) para CMV positivo em sangue periférico. Pela suspeita de DECH, foi iniciado corticoterapia, com dose equivalente à prednisona 2 mg/kg/dia. Para a infecção por CMV foi tratado com ganciclovir e transicionado para foscavir após 3 semanas de uso, devido pancitopenia. Após o início das terapias, o paciente evoluiu com melhora dos sintomas gastrointestinais. MM é responsável por cerca de 1% de todos os cânceres na população em geral e 10% dos hematológicos. Atualmente, o tratamento com altas doses de quimioterapia seguido por TCTH autólogo, se mantém como standard para pacientes recém diagnosticados com MM e que tenham elegibilidade. O TCTH alogênico deve ser considerado, no MM, em pacientes elegíveis ao transplante, geralmente jovens, com recaída precoce após terapia inicial, com doença de alto risco. Já o transplante autólogo, no contexto de doença recidivada, pode apresentar benefício em pacientes que apresentam pelo menos 18 meses de intervalo entre transplante e recidiva da doença. DECH pode ocorrer em até 50% dos pacientes que realizam TCTH alogênico e existem raros relatos após o TCTH autólogo. O acometimento do trato gastrointestinal é uma complicação grave do TCTH. Apresentamos um caso de paciente com MM diagnosticado há quinze anos, com passagem por múltiplas linhas de tratamento. Sendo o TCTH autólogo, a última terapia realizada, após 7 anos de um TCTH alogênico. Este paciente, evoluiu com DECH de trato gastrointestinal, confirmado por biópsia, provavelmente, proveniente das células do doador do transplante alogênico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.492>

TRANSPLANTES: RESULTADOS

491

AVALIAÇÃO DA SOBREVIDA GERAL PÓS-TRANSPLANTE AUTÓLOGO PARA MIELOMA MÚLTIPLO EM UM CENTRO BRASILEIRO PÚBLICO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS



A.F. Silva^a, B.A.M. Azevedo^a, T.M. Sales^a, J.P.P. Gonçalves^a, A.M.C.S. Andrade^a, G.H. Martinho^a, E.G. Souza^a, A.B. Maciel^{a,b}, L.B. Moraíva^a, G.M. Teixeira^{a,b}

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

^b Hospital Alberto Cavalcanti, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O tratamento standard para o mieloma múltiplo (MM) é esquema de quimioterapia multi-drogas seguido de terapia de consolidação com transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas (TCTH). Considerando a indisponibilidade de acesso a novas drogas para o tratamento do MM nos serviços de saúde públicos brasileiro, avaliamos a sobrevida global em cinco anos (SG-5) e fatores associados. **Objetivo:** Avaliar SG-5 e fatores associados de pacientes com MM submetidos ao primeiro TCTH autólogo. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo unicêntrico, que incluiu pacientes com MM submetido ao primeiro TCTH no período de 01/02/2008 a 01/03/2019. Foram consideradas como variáveis: idade (<60 e ≥60 anos), sexo, tipo de imunoglobulina (Ig), Durie-Salmon staging (DS), International Staging System (ISS), resposta prévia ao transplante (remissão completa, resposta parcial muito boa, resposta parcial, doença ativa) e regime de condicionamento (melfalano 200 mg/m² e 140 mg/m²). **Resultados:** Foram avaliados 94 pacientes, destes 53% eram sexo masculino, mediana de idade de 55 anos (31-69). Ao diagnóstico, o DS IA, IB, IIA, IIB, IIIA, e IIIB corresponderam respectivamente a 6,3%, 0%, 31%, 2%, 46% e 11,7%. Quanto ao ISS, a maioria fora classificados como ISS2 (41,5%) e ISS3 (32%). Houve predomínio de imunoglobulina IgG (63%). Ao transplante houve uma baixa proporção de remissão completa (7,5%), predominando a resposta parcial (48%) e resposta parcial muito boa (41,5%). A SG-5 foi de 67,1% (IC 95% de 56% a 76%). As variáveis idade, sexo, classificação Durie-Salmon, ISS, regime de condicionamento e resposta prévia não demonstraram significância estatísticas na análise univariada. Na análise dos tipos de imunoglobulinas, foi encontrado diferença significativa com valor p de 0,03. **Discussão e conclusão:** Os dados clínicos e idade foram semelhantes àqueles encontrados em estudos prévios. A associação entre idade, sexo e dose de melfalano com a SG-5 não se mostrou significativa, como já identificado na literatura médica. Por outro lado, a análise entre tipos de Ig teve diferença significativa (p 0,03), com menor sobrevida na IgA. A SG-5 encontrada no estudo foi de 67,1%. Em comparação com os dados do Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR), entre 2007-2017, a SG-5 foi de 66% ± 1%. O trabalho demonstra resultados de SG para pacientes com MM submetidos ao