

revelou 16,4% de células com o seguinte perfil imunofenotípico positivo: CD45, CD56 (parcial), CD33, CD13, CD123, CD36 (parcial), CD99, CD38, MPO. O paciente foi submetido a um regime de indução quimioterápica com citarabina e daunorubicina + inibidor de FLT3. Após 30 dias do início da indução, o paciente atingiu resposta morfológica e molecular completa, evidenciada pela ausência de blastos na medula óssea e normalização dos marcadores moleculares. A biópsia de medula mostrava uma intensa fibrose, com a pesquisa de doença residual mínima negativa. **Discussão:** A presença simultânea de mutações FLT3 e NPM1 na LMA está associada a um curso clínico agressivo e a um prognóstico variável. A necrose de medula óssea, embora rara, pode ocorrer em casos de LMA e está associada a uma alta carga de doença e resposta inflamatória significativas. O impacto prognóstico da necrose de medula óssea na leucemia aguda no momento do diagnóstico é pouco descrito, mas associado a um prognóstico adverso. Os principais sintomas descritos são a dor óssea e a febre. **Conclusão:** Este caso destaca a raridade e complexidade da LMA com mutações simultâneas de FLT3 e NPM1 e necrose de medula óssea. A identificação precoce da necrose medular em leucemia aguda recém-diagnosticada pode ser útil para estabelecer estratificação prognóstica e tomada de decisão em relação ao tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.670>

LEUCEMIA TRILINHAGEM: EXPERIÊNCIA DE CASO EM UM CENTRO DO RIO GRANDE DO SUL

FC Marcante, CS Weber, MPB Malcon,
JB Gazabon, IC Riviera, RH Sassi, PA Guazzelli,
NH Dias, MPMS Klauberg, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Leucemia aguda de fenótipo misto abrange um grupo heterogêneo raro em que a atribuição de uma única linhagem de origem não é possível. O imunofenótipo mieloide combinado com linhagem B e T é ainda mais raro e, geralmente, apresenta morfologia de Leucemia Linfóide Aguda. Relatamos o caso de um paciente com essa patologia, assim como seu diagnóstico e tratamento. **Relato do caso:** Paciente feminina, 69 anos, com história de anemia hemolítica autoimune de anticorpos quentes e trombocitose essencial prévias, que vinha sem tratamento, iniciou em março de 2024 com astenia intensa. Procurou emergência para avaliação. Exames de sangue na chegada apresentavam 5,3 g/dL de hemoglobina, 6400 leucócitos/mm³ com 12% de blastos, 117 mil plaquetas, sorologias não reagentes, desidrogenase láctica de 904 U/L e reticulócitos 16000/uL. Realizada biópsia de medula óssea para elucidação diagnóstica. Imunofenotipagem compatível com leucemia aguda secundária a trombocitose essencial, de população majoritária de linhagem mieloide, mas considerando a presença de populações imaturas da linhagem dendrítica plasmocitóide e de linfóide B anômala (CD7+) aventou-se a possibilidade de leucemia aguda de linhagem ambígua, podendo ser leucemia

trilinhagem - das 26,8% de células imaturas, 20,7% com linhagem mieloide, 4,3% com linhagem dendrítica plasmocitóide e 1,8% com a linhagem linfóide B. Cariótipo com a presença da del (5q). BCR-ABL não detectado. Paciente iniciou tratamento com ciclofosfamida e azacitidina. No momento, em acompanhamento, já tendo realizados três ciclos, sem intercorrências e sem perda da qualidade de vida até o momento, último hemograma com 12,1 g/dL de hemoglobina, 7 mil e 860 leucócitos/mm³ sem blastos e 223 mil plaquetas. **Discussão e conclusão:** A leucemia aguda trilinhagem (LAT) é uma doença rara que acomete menos de 1% das leucemias agudas. Adultos com LAT tendem a ter prognóstico pior com sobrevida global inferior a um ano. Considerando a morfologia do fenótipo misto, o tratamento em geral cursa com esquemas linfóides de tratamento. A pesquisa do gene BCR-ABL sempre deve ser considerada, visto que a adição de inibidores da tirosina quinase melhoram o prognóstico destes pacientes. Outras considerações importantes que podem influenciar na terapia são a avaliação do grau de expressão da MPO e a presença de mutações específicas mielóides, como foi o caso da nossa paciente. No momento, a informação agregada sobre a LAT não é facilmente disponível para a comunidade médica, assim como, não estão estabelecidos critérios universais de gravidade e de protocolos de seguimento. Isso denota a importância do estudo desta patologia, considerando que ainda não existem ensaios controlados para orientar a terapia correta para essa patologia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.671>

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA EM PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA) E SUSPEITA DE INFECÇÃO FÚNGICA INVASIVA, NO HOSPITAL DE CÂNCER DE BARRETOS

ST Oliveira, IAS Plentz, BM Borges, AG Macias,
DF Brasileiro, JAM Ramazoto, GF Colli,
IZ Gonçalves, IA Siqueira, NS Castro

Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII,
Barretos, SP, Brasil

Objetivos: Relatar a abordagem e tratamento empregados em pacientes com Leucemia Mieloide aguda (LMA), internados para quimioterapia infusional com objetivo curativo, sob suspeita ou confirmação de infecção fúngica invasiva (IFI) durante internação hospitalar. **Material e métodos:** Estudo quantitativo, de caráter descritivo e análise retrospectiva, contemplando os anos de 2020 a 2023. Os dados foram obtidos através do prontuário eletrônico (Philips Tasy®), através de resultados laboratoriais e de imagem, critérios diagnósticos utilizados e tratamentos empregados. **Resultados:** Foram observados 86 pacientes com LMA internados em nosso serviço durante o período de 2020 a 2023, sendo que 16 (18,6%) desses receberam terapia anti-fúngica em algum momento do tratamento quimioterápico. Em relação ao diagnóstico e terapia empregada, três pacientes receberam tratamento com voriconazol e micafungina após confirmação da IFI, sendo duas confirmações por biópsia e uma por hemocultura,

respectivamente. Dois desses três pacientes apresentaram dosagem de galactomanana positiva no diagnóstico. Ainda, houve um paciente classificado como “provável” Aspergilose pulmonar invasiva (API), contemplando imunossupressão, critérios clínicos, exame de imagem e galactomanana positivos, e dois pacientes classificados como “possível” API, contemplando imunossupressão, critérios clínicos e exame de imagem, sendo que em ambas as situações, todos receberam voriconazol. Em relação ao desfecho “óbito”, dos pacientes que receberam terapia antifúngica por suspeita ou confirmação de IFI, 10 deles (62,5%) vieram a óbito, sendo 7 deles por sepse, dois por sepse e progressão de doença, e um deles por progressão de doença apenas. Além disso, podemos afirmar que os pacientes com IFI confirmada vieram a óbito por sepse deste foco. Vale lembrar que todos os pacientes incluídos neste estudo, estavam em uso de profilaxia antifúngica com fluconazol e coleta de galactomanana de rotina, conforme protocolo institucional. **Discussão:** A IFI é uma realidade em pacientes imunossuprimidos, porém, Infelizmente, mesmo com os avanços diagnósticos e terapêuticos, ainda é uma entidade com alta mortalidade em nosso meio. Dentre as principais etiologias fúngicas nestes pacientes, há o predomínio de fungos filamentosos, destacando-se *Aspergillus*, seguido por zigomicose e fusariose. Ainda é de grande importância elencar a candidíase invasiva, também responsável por IFI nesses pacientes. A característica principal dos fungos filamentosos neste perfil de paciente é o tropismo pelos vasos sanguíneos, com alto poder de disseminação hematogênica. Considerando o quão desafiador é o diagnóstico na prática clínica, é importante citar meios diagnósticos incorporados atualmente, como a detecção de galactomanana, que foi incluída em consenso internacional como critério micológico de API “provável”: sua detecção reflete o crescimento da hifa nos tecidos, e apresenta excelente valor preditivo negativo em pacientes de alto risco antes mesmo das manifestações clínicas. **Conclusão:** A IFI é uma complicação potencialmente fatal em pacientes imunocomprometidos, em quimioterapia ou pós transplante de medula óssea, e por esse motivo, a suspeição e início precoce do tratamento são cruciais para melhor desfecho clínico e aumento da sobrevida nesses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.672>

FUNGEMIA POR TRICHOSPORON ASAHII EM UM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

BBC Paula, GB Fischer, G Bellaver, A Zago, LF Soares, V Weber, NM Mottecy, CC Nascimento, LPD Santos, MR Sagrilo

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

Introdução: *Trichosporon* é um fungo basidiomiceto com estrutura semelhante à levedura. Encontra-se disperso no ambiente e pode fazer parte da microbiota humana. *Trichosporon asahii* é o representante mais proeminente, cuja infecção é mais comumente relatada em indivíduos

imunodeprimidos. **Métodos:** Relato de caso, conforme dados de prontuário, de um paciente com fungemia por *Trichosporon asahii* em tratamento para leucemia linfoblástica aguda (LLA) atendido em nosso serviço e realizar revisão literária, através da plataforma pubmed, acerca desta infecção.

Relato de caso: Paciente masculino, 25 anos, agrônomo, em contato direto com plantações agrícolas, iniciou com mialgia em janeiro de 2024, tendo feito uso de corticoide e relaxantes musculares de forma intermitente. Após algumas semanas, evoluiu com dispneia, sendo evidenciado, em radiografia torácica, infiltrados sugestivos de broncopneumonia, iniciando tratamento antimicrobiano ambulatorial. Passados 14 dias de tratamento, por manter quadro de tosse seca e dispneia, procurou novamente atendimento, sendo internado para melhor investigação. Na ocasião, foi realizada tomografia de tórax, exibindo diversas linfonodomegalias, além de volumoso derrame pleural. Foi encaminhado para consulta com hematologia. Na primeira consulta, paciente com múltiplas linfonodomegalias, anemia, plaquetopenia e presença de 55.528 blastos em corrente sanguínea. Imunofenotipagem compatível com LLA T. Iniciado tratamento com protocolo GRAALL. Durante indução, paciente apresentou quadro de candidíase oroesofágica, a qual foi tratada com equinocandina por 10 dias. Dezoito dias após início de tratamento, paciente evolui com instabilidade hemodinâmica, concomitante com o crescimento de elementos leveduriformes em hemocultura. Alterado terapia antifúngica para anfotericina B, todavia, sem melhora da instabilidade, necessitando de intubação orotraqueal e ventilação invasiva. Após 25 horas da coleta da hemocultura, foi isolado *Trichosporon asahii*. Optado por alterar terapia antifúngica para voriconazol. No entanto, paciente apresenta quadro de choque séptico em progressiva piora, evoluindo para falência múltipla de órgãos e, por fim, a óbito dois dias após isolamento do agente infeccioso. **Discussão:** *Trichosporon* é um fungo basidiomiceto, com estrutura semelhante à levedura, que se encontra disperso no ambiente e pode fazer parte da microbiota gastrointestinal e cutânea. O *Trichosporon asahii* é o representante cuja infecção é mais comumente relatada em humanos, majoritariamente em indivíduos imunodeprimidos. A fungemia é definida pela detecção do fungo na corrente circulatória, sendo que o tempo médio para crescimento do fungo em hemoculturas é de aproximadamente 33 horas. No caso dos pacientes hematológicos, que frequentemente possuem uma neutropenia prolongada, há maior atraso na eliminação da fungemia. Em muitos casos, falha-se no diagnóstico, visto que a estrutura do fungo é muito semelhante a uma levedura, refletindo em um tratamento ineficaz, uma vez que, a terapia com azólicos, como o voriconazol, demonstrou maior efetividade, comparado ao uso isolado de anfotericina B. **Conclusão:** Relatamos o caso de infecção fúngica por *Trichosporon* em um paciente com LLA onde houve atraso do diagnóstico visto semelhança da estrutura fúngica com levedura. Alertamos sobre a importância na suspeição de tricosporose naqueles pacientes que não apresentarem melhora com uso de antifúngicos potentes, a exemplo da anfotericina B.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.673>