

SKIN MANIFESTATION OF ACUTE GRAFT-VERSUS-HOST DISEASE MIMICKING DENGUE FEVER RASH: A CASE REPORT

MMBS Chalup^a, EJA Paton^a, MFG Oliveira^a,
FR Santos^a, CH Pádua^a, IG Ramos^a,
RLG Cunha^b

^a Stem Cell Transplantation and Cellular Therapy,
Câncer Center Oncoclínicas, Nova Lima, MG, Brazil

^b Cellular Therapy Program, Oncoclínicas São Paulo,
São Paulo, SP, Brazil

The impact of dengue on Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT) patients is poorly understood, with few case reports from endemic areas and no prospective studies. It is known that various manifestations of dengue, such as fever, rash, and thrombocytopenia, can occur during the evolution of post-HSCT, often delaying the diagnosis of the arbovirus or HSCT-related complications, such as Graft-Versus-Host Disease (GVHD) or other infections. Here, we present a case report of a patient with severe acute skin GVHD concurrent with dengue fever, mimicking the rash secondary to dengue. A 43-year-old female patient underwent a myeloablative allogeneic HSCT for not responding to three lines of treatment for chronic myeloid leukemia in December 2023, with her sibling as an identical HLA donor with a peripheral blood cell source. GVHD prophylaxis was ATG, methotrexate, and tacrolimus, and the patient was discharged without GVHD disease or active infections. Neutrophil engraftment occurred on D+12. She developed symptoms of dengue fever, including a skin rash, and tested positive for dengue. Her condition worsened, and she had a pruritic, erythematous papular rash on the trunk and upper limbs. Despite initiating topical steroids and adjusting the tacrolimus level, the skin lesions became confluent and diffuse, involving 100% of the body surface area. A skin biopsy was performed, and systemic steroid therapy was initiated (2 mg/kg/day). As the skin lesions worsened and the biopsy was compatible with the diagnosis of GVHD, second-line treatment with ruxolitinib at a dose of 20 mg daily was initiated. After ten days, there was a remarkable improvement in the skin lesions, and the corticosteroid gradually tapered off. However, she had other virus infections, including mild COVID-19 and hemorrhagic cystitis due to BK virus reactivation. She also evolved with chronic GVHD of skin and mucosas. GVHD affects 30%–50% of transplant patients and is caused by donor T-cell reactivation against the recipient cell surface antigens. HLA class I/II molecules, various cytokines, and costimulatory molecules are associated with the risk of developing acute GVHD. Inflammatory triggers can drive immune responses, and tissue lesions caused by infections can exacerbate acute GVHD. Viral infections can lead to increased activation of donor T-cells, causing a dysfunctional balance between tolerance and immune response, predisposing to developing GVHD. This case report describes a scenario where the medical team promptly diagnosed dengue fever despite symptoms that could be mistaken for other common conditions in post-HSCT patients. A rash appeared within the expected timeframe for dengue, but due to its severity and worsening condition, treatment for severe acute GVHD was initiated. A skin biopsy was necessary to confirm the

diagnosis and determine the next steps, as the disease did not respond to steroids. The patient developed severe acute GVHD and later moderate chronic GVHD, affecting her quality of life and posing a significant risk of non-relapse mortality. This case highlights the importance of taking preventive measures against dengue in patients who have undergone HSCT, as they may be at risk of experiencing complications not typically seen in the general population. It also underscores the need to remain vigilant during dengue epidemics and emphasizes the value of conducting skin biopsies for accurate differential diagnosis.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1716>

ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS NO CONTROLE DOS EFEITOS COLATERAIS DURANTE O TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

GB Kabke, N Rohsmann, TD Barreiro

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

Introdução: O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) é procedimento complexo que gera efeitos colaterais devido ao condicionamento mieloablativo. O estado nutricional do paciente submetido ao TCTH é considerado fator de risco independente, podendo influenciar na qualidade de vida e na tolerância ao tratamento indicado. Diversos efeitos colaterais no sistema gastrointestinal podem acontecer durante o tratamento devido às altas doses de quimioterápicos utilizados, principalmente no período de condicionamento. Estratégias nutricionais são essenciais para amenizar esses efeitos colaterais para evitar a perda de peso e massa muscular. **Objetivo:** Relatar a experiência de nutricionistas no atendimento durante a internação em pacientes submetidos ao TCTH em um Hospital de referência na região Sul do País. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de nutricionista residente e nutricionista assistente do serviço de Hematologia. **Discussão:** Durante o transplante de células-tronco hematopoiéticas é comum o aparecimento de efeitos colaterais gastrointestinais devido às altas doses de quimioterápicos. Os sintomas mais observados na prática clínica durante a internação são náuseas, vômitos, mucosite, odinofagia, diarreia, constipação entre outros. Neste período o manejo dos sintomas com estratégias nutricionais torna-se extremamente necessário. Observa-se na prática que algumas condutas mostram resultados positivos na sintomatologia destes pacientes, como por exemplo: realizar a troca das refeições por lanches para diminuir as náuseas e vômitos devido ao cheiro das refeições, alterar consistência dos alimentos para líquidos/pastosos quando houver dificuldade na deglutição e presença de odinofagia, incluir alimentos gelados para auxiliar no alívio da mucosite, incluir alimentos laxativos e fibras solúveis para melhora do hábito intestinal. Em relação a perda de apetite, outras estratégias nutricionais demonstram efeito positivo como a opção de incluir alimentos palatáveis e que visualmente despertem a vontade de comer. A perda de peso também é muito comum neste perfil

de pacientes, nestes casos a utilização de suplementos hipercalóricos e módulos de proteínas torna-se extremamente importante. **Conclusão:** Tendo em vista os diversos efeitos colaterais ocasionados pelo TCTH, nota-se que as estratégias nutricionais adaptadas as necessidades individuais de cada paciente são de extrema importância para que os mesmos mantenham um estado nutricional adequado durante o tratamento, evitando assim a perda de peso e perda de massa magra.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1717>

APLASIA DE MEDULA ÓSSEA APÓS INFECÇÃO PELO VÍRUS DA DENGUE DURANTE TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

GHNR Vieira, ACM Coli, MC Barroso, AC Cordeiro, VDA Bovolenta, JS Filho, MV Batista

A.C.Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil

Objetivo: Descrever um caso de função pobre do enxerto secundária a Dengue. **Método:** Revisão de prontuário e literatura médica. **Resultado:** Homem, 56 anos, procedente de São Paulo, diagnosticado em Maio de 2023 com Linfoma não Hodgkin Angioimunoblástico T (EBV positivo), recebeu 6 ciclos de CHOEP, atingindo resposta completa e encaminhado para Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) autólogo. Realizada mobilização com GCSF, com coleta de Células Progenitoras Hematopoiéticas (CPH) de 2,04 x 10e6/Kg. No dia da coleta apresentou episódio isolado de febre, com coleta de culturas e pesquisa de NS1, ambos negativos. Iniciado condicionamento (BuCyE) com infusão de CPH em 12/04/2024. No D+3 evoluiu com neutropenia febril e diarreia, sendo iniciado antibiótico e coletado culturas e pesquisa de clostridium. Diante de persistência da febre e piora clínica, no D+6 foi realizada nova pesquisa de NS1 que veio negativa. Paciente manteve afebril até D+9, quando apresentou rash cutâneo, novo episódio de febre e aumento de peso. Foi iniciada corticoterapia para síndrome da pega, com resolução completa após 3 dias. Enxertia neutrofílica no D+10. No D+13 evoluiu com novo episódio de febre, com hemoculturas e pesquisa de NS1 negativas. No D+17 apresentou tosse seca e mialgia, e piora da plaquetopenia, coletado painel viral com identificação de mycoplasma pneumoniae e NS1 positivo. Iniciado Levofloxacino e suporte transfusional. Após uma semana, apresentou anasarca, aumento de transaminases e bilirrubinas. No D+28 USG revelou ascite moderada, hepatoesplenomegalia. Nesse período persistia com episódios de febre sem identificação de novos focos infecciosos. No D+39 evoluiu com anemia hemolítica e plaquetopenia, iniciado prednisona 1 mg/kg/dia. No D+47, após melhora parcial da anemia e redução da demanda transfusional, paciente recebeu alta hospitalar. Foi prosseguido desmame de corticoterapia porém evoluiu com hemorragia digestiva e piora progressiva de citopenias. Realizada endoscopia digestiva, com erosões, com sangramento ativo. Realizada aplicação de plasma de argônio. Diante da anemia e plaquetopenia importantes associadas a

neutropenia, foi realizado estudo medular que evidenciou hipocelularidade global e ausência de infiltração por linfoma. Foi considerado diagnóstico de aplasia medular e função pobre do enxerto. Paciente apresentou infecção peri enxertia, recebeu CPH em uma contagem de 2 106 por kg, que podem corresponder a fatores de risco para aplasia de medula secundária. Encontra-se atualmente em uso de Ciclosporina, Eltrombopague e Eritropoietina. **Discussão:** A dengue é uma arbovirose endêmica no Brasil, este ano já foram confirmados quase 5 milhões de casos. Existem poucos relatos de dengue em fases precoces do TCTH, sendo a maioria relacionada à transmissão pelo doador. Tivemos algumas transfusões de hemácias antes do NS1 positivo, mas o rastreio dos doadores foi feito e veio negativo. Nos relatos de casos há descrição de óbito por doença venoclusiva e enterocolite no 10º dia após a infusão e de falha de enxertia primária. Em pacientes oncohematológicos, o período de sintomas e da viremia pode ser mais prolongado, com uma mediana de 30 dias. Sabe-se que infecções são causas frequentes de falha de enxertia e função pobre do enxerto, no entanto, são necessários mais dados sobre como a dengue pode impactar nestes desfechos. **Conclusão:** O caso exposto teve um diagnóstico desafiador, pois seus achados clínicos são comuns em pacientes após o TCTH, demonstrando a necessidade de testes mais sensíveis, como PCR, para um diagnóstico mais precoce, incluindo na fase pré transplante especialmente em países endêmicos, para que possam ser prevenidas complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1718>

ELABORAÇÃO DE UM GUIA COM ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO DO RS

GB Kabke, N Rohsmann, TD Barreiro

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

Introdução: A quimioterapia, uma das modalidades terapêuticas utilizada para tratar doenças oncológicas e hematológicas, quando em altas doses, pode manifestar-se de forma agressiva, tornando o organismo mais vulnerável e debilitado. Um dos efeitos colaterais secundários à quimioterapia é a neutropenia. Durante e após o tratamento, a neutropenia pode estar presente, principalmente nos pacientes submetidos ao Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH), aumentando a susceptibilidade a infecções. Muitos estudos relatam que a presença de micro-organismos patogênicos em diversos alimentos podem causar infecções oportunistas nos períodos de imunossupressão, sendo assim, orientações adequadas quanto aos cuidados com os alimentos são imprescindíveis antes da alta hospitalar. **Objetivo:** Orientar e esclarecer dúvidas de pacientes imunodeprimidos, relacionados aos cuidados com aquisição, higiene e manipulação, bem como os tipos de alimentos permitidos e os que devem ser evitados após a alta hospitalar. **Metodologia empregada:** Um guia ilustrativo sobre os cuidados referente à