

months, the median overall survival (OS) of patients treated in public services was 4 months (CI 95%, 2,2-5,7) versus 22 months (CI 05%, 14,7 – 29,2) of patients treated in private services. The progression free survival (PFS) of patients from public or private centers was 4 months and 19 months, respectively. A multivariate analysis showed a hazard ratio for death of 4.12 (CI 95%, 2.35 - 7.23,  $p < .001$ ) for patients treated on public services rather than private centers. Regarding the preferred treatment protocol, anthracyclines and cytarabine-based protocols represented the majority of prescribed treatments in the public setting (84,4% of treated patients), whereas in the private setting they represented 52,1% of treatments. Venetoclax-based treatment accounted for 43.6% of treatments in the private setting and only 1.6% at public centers. **Conclusions:** The difference in early mortality, OS, and PFS reflects an alarming disparity between AML patients treated in the public or private setting. Even with higher comorbidity index, patients treated in private services had better clinical outcomes and lower early mortality. The study provided an initial analysis of the epidemiological profile of patients with AML in Brazil and the preferred regimens used in each setting.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.734>

#### ASPERGILOSE DISSEMINADA EM PACIENTE COM LLA-B: UM RELATO DE CASO

VA Rocha, PVR Barbosa, C Cralcev, MB Spadoni, TV Pereira, JPC Magalhães, AV Jesus, GBGM Pereira, FS Maia

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

**Objetivo:** Relatar caso de aspergilose disseminada em paciente com leucemia linfóide aguda B em tratamento quimioterápico de indução. **Relato de caso:** Paciente feminino, 37 anos, com diagnóstico de LLA-B comum em quimioterapia de indução (protocolo BRALLA20), evolui no 11º dia de internação, em período de neutropenia, com paresia em mão esquerda. Em 24 horas, evolui com paresia em todo o membro superior esquerdo e surgimento de lesões cutâneas dolorosas com halo necrótico no dorso; na ocasião realizada pesquisa de galactomanana sérica com resultado positivo e cultura das lesões cutâneas compatível com *Aspergillus flavus*. Realizada ressonância magnética de crânio compatível com aspergilose angioinvasiva, sendo iniciada anfotericina B empírica. Paciente evoluiu com piora progressiva do quadro neurológico, aumento das lesões intraparenquimatosas e hipertensão intracraniana, além de novas lesões cutâneas; neste contexto, necessitou de suporte intensivo sendo transferida à UTI. Foi submetida drenagem de abscesso fúngico em lobo frontal, com cultura positiva para *Aspergillus* no material. Após 13 dias de terapia antifúngica, fungigrama demonstrou resistência a Anfotericina sendo realizado escalonamento guiado para Voriconazol. No 29º dia de Voriconazol, evoluiu com sepse de foco pulmonar por *Acinetobacter baumannii* e *Klebsiella pneumoniae* ESBL+. Evoluiu a óbito por piora progressiva do quadro infeccioso. **Discussão:** As

infecções fúngicas invasivas são uma importante causa de complicação em imunocomprometidos, principalmente em pacientes com neoplasias hematológicas. Dentre elas, a aspergilose invasiva (AI) é uma grande preocupação nos departamentos de hematologia devido à sua alta incidência e mortalidade associada. As espécies causadoras de AI mais comuns são *Aspergillus fumigatus* seguido por *Aspergillus flavus*. A AI ocorre principalmente em pacientes com neutropenia prolongada induzida por quimioterapia e/ou pacientes submetidos a transplante de células tronco hematopoiéticas. A neutropenia apresenta-se como o principal fator de risco para esta complicação, sendo a duração da neutropenia diretamente associada ao aumento do risco. Outros fatores de risco incluem linfopenia e infecções virais respiratórias. Casos de aspergilose disseminada, em especial com acometimento cerebral, são raros e apresentam prognóstico ruim, com mortalidade de aproximadamente 54%. Pacientes com leucemia mieloide aguda e leucemia linfoblástica aguda em terapia de indução a base de citarabina e daunorrubicina constituem as principais populações em risco de aspergilose cerebral (AC). Uso de corticoides em altas doses e por tempo prolongado, também apresenta-se como fator de risco para AC. O diagnóstico de aspergilose cerebral baseia-se em cultura e avaliação anátomo-patológica da lesão cerebral, podendo ser utilizados em conjunto métodos de detecção de material genético do fungo ou quantificação de galactomanana. O tratamento de AI baseia-se em uso de imidazólicos (voriconazol, itraconazol) ou Anfotericina B lipossomal, com boas taxas de resposta. Por outro lado, o tratamento de aspergilose cerebral não apresenta dados concretos na literatura, variando de combinação de imidazólicos, Anfotericina B, ou mesmo combinação de ambos. **Conclusão:** A aspergilose disseminada apresenta-se como uma patologia de difícil manejo e alta mortalidade, devendo ser suspeitada, diagnosticada e tratada com brevidade, visando maior chance de sucesso do tratamento antifúngico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.735>

#### NEOPLASIA DE CÉLULAS DENDRÍTICAS PLASMOCITÓIDES BLÁSTICAS: RELATO DE CASO

AA Hofmann, JP Bianchi, MO Schneider, VG Menin, CF Molin

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Erechim, RS, Brasil

**Introdução/Objetivos:** A Neoplasia de Células Dendríticas Plasmocitoides Blásticas (NCDPB) é uma doença rara com apresentação clínica principalmente com acometimento cutâneo, mas pode também haver acometimento de linfonodos, pancitopenia e infiltração de sistema nervoso central, a forma leucemizada da doença representa menos de 1% das leucemias agudas. Considerando a raridade da doença, o presente relato tem como objetivo descrever o caso de um paciente com quadro leucemizado de NCDPB. **Relato de caso:** Paciente masculino, 55 anos, hipertenso e diabético. Veio a procurar atendimento por conta de prurido

cutâneo com um período de evolução de 4 meses, associado à lesões de pele, dor em membros inferiores e astenia. No dia do atendimento, referiu piora do estado geral com febre intermitente aferida (38-39°C), perda de peso (15 kg em 8 dias), inapetência e quadros de náuseas. Ao exame presença de lesões de pele sendo essas nódulos endurecidos com localização generalizada, linfadenomegalia cervical e hepatoesplenomegalia. Realizado exames laboratoriais de investigação, observou-se pancitopenia, usg abdome com esplenomegalia de 21 cm, visto suspeita de doença linfoproliferativa, foi prosseguido investigação com biópsia de medula óssea com posterior resultado de imunofenotipagem compatível com neoplasia de células dendríticas plasmocitoides blástica (NCDPB). Optado por iniciar com tratamento quimioterápico intensivo com protocolo Hyper-CVAD com plano de posteriormente, encaminhar para transplante de medula óssea em primeira remissão. Realizada biópsia de medula de controle, apresentando resposta medular (< 5% de blastos). Após realizar 3 blocos de quimioterapia, apresentou importante pancitopenia e evoluiu para uma intercorrência infecciosa, evoluindo para óbito por conta de complicações secundárias ao tratamento. **Discussão:** A (NCDPB) é uma doença rara com incidência de aproximadamente 0,44 casos a cada 100.00 pessoas e atinge pessoas, na sua maioria homens, entre 50 a 70 anos. Para o diagnóstico de NCDPB é indispensável a utilização da técnica de imunofenotipagem. Inicialmente, a doença é caracterizada pela expressão de CD4+ e CD56+, o diagnóstico é confirmado pela coexpressão de CD123 e de HLADR. Os marcadores de NCDPB assemelham-se com a marcação de células dendríticas plasmocitoides, porém com a expressão atípica de CD56, o que caracteriza a neoplasia. Por definição, em NCDPB não há marcadores de linhagem específico, contudo, há relatos de expressão de CD33, CD5, CD7, incluindo, CD117. A apresentação clínica mais comum da NCDPB são as lesões de pele assintomáticas, sendo observada em 90% dos pacientes. Embora manifestações cutâneas disseminadas sejam a principal forma de apresentação inicial dessa doença, como no caso relatado, são encontradas em apenas 15% das vezes. Além disso, no momento do diagnóstico, a maioria dos pacientes apresenta também o envolvimento da medula óssea e linfonodos. Não há um tratamento satisfatório, já que a doença é resistente à quimioterapias convencionais. Recentemente, imunoterapias dirigidas a anti CD123 e o inibidor de BCL-2 venetoclax mostraram resultados promissores no tratamento. Tagraxofusp é uma imunotoxina direcionada ao CD123, e foi o primeiro tratamento aprovado pela Food and Drug Administration (FDA) para pacientes com NCDPB. **Conclusão:** A NCDPB é uma forma rara de leucemia aguda e apesar da sua raridade, lesões cutâneas suspeitas devem ser sempre biopsiadas, já que essa doença geralmente tem como sintoma inicial ou único as lesões cutâneas. A complexidade da NCDPB converge para a ausência de diretrizes terapêuticas de consenso disponíveis, de forma que os segmentos de tratamento atuais são esquemas baseados em tratamento para leucemia linfocítica aguda e transplante de medula óssea.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.736>

## LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA COM GAMOPATIA MONOCLONAL: UM RELATO DE CASO

GJ Almeida, VL Abreu, LB Saavedra, LN Veloso, CP Batista, BPD Santos, GF Marcelino, KG Frigotto, E Bruno-Riscarolli, VRGA Valviesse

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução:** A leucemia promielocítica aguda (LPA), antigamente denominada LMA M3 é um subtipo de leucemia mielóide aguda (LMA), caracterizada pela proliferação anormal de células imaturas, chamadas promielócitos, na medula óssea. Já a gamopatia monoclonal é uma condição na qual uma população de plasmócitos clonalmente proliferativos produzem um único tipo de imunoglobulina ou uma de suas subunidades. A associação entre LPA e Gamopatia Monoclonal é rara e pouco descrita na literatura, sendo necessários relatos de caso que registrem o curso clínico, alterações nos exames complementares, tratamento e desfecho. **Apresentação do caso:** Paciente masculino, 53 anos, com diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus tipo 2 e LPA de risco intermediário. Foi inicialmente tratado com o protocolo AIDA 2000 e feita manutenção com ácido transretinoico (ATRA) e metotrexato (MTX), em remissão da doença. Na consulta de acompanhamento, queixou-se de sintomas respiratórios, porém, sem apresentar alterações no exame físico. Apresentou ultrassonografia de rins/vias urinárias e prova de função respiratória, sem alterações. Tomografia computadorizada (TC) de tórax realizada posteriormente evidenciou resolução de extensas consolidações multilobares e bilaterais (pneumonia extensa bilateral), com melhora clínica progressiva. Eletroforese de proteínas revelou a presença de pico monoclonal de 1,4 g e a imunofixação mostrou IgG kappa, caracterizando a gamopatia monoclonal. Foi mantido MTX, sem a inclusão de 6-mercaptopurina até então. No momento, o paciente se encontra na fase de manutenção do tratamento da leucemia, com os últimos exames mostrando remissão da doença. **Discussão e conclusão:** A presença de gamopatia monoclonal é um achado relevante e incomum em pacientes com LPA. A coexistência dessas duas condições pode implicar em interações complexas e com o potencial de influenciar o manejo terapêutico e o prognóstico do paciente. Diante disso, torna-se evidente a importância de relatar a presença de duas doenças hematológicas em concomitância.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.737>

## LINFOMA LINFOBLÁSTICO T COM RECAÍDA EM SNC - DESAFIOS DO TRATAMENTO

TR Evangelista, LGF Lima, ASA Silva, JO Vieira, MC Araujo, AQMS Aroucha, ACC Lopes, EMS Thorpe, HC Moura, MFH Costa

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

**Introdução:** Linfoma linfoblástico de células T tem sido tratado semelhante a leucemia linfoblástica aguda (LLA) de