

ID – 2665

SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE DEVIDO A METAPNEUMOVÍRUS HUMANO EM PACIENTE COM LINFOMA LINFoblástico DURANTE A TERAPIA DE INDUÇÃO

RdA Sgro, TS Band, ABB Costa, AL Copello,
AS Anjos, BB Wigderowitz, LF Nano,
RL Almeida, KP Urugo

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
(HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro
(UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O quadro respiratório agudo em pacientes durante o tratamento de leucemia tem sido fonte de grande preocupação entre médicos hematologistas. Diversas causas etiológicas já foram descritas, sendo que infecções virais podem causar grave repercussão clínica, inclusive levando ao óbito. Casos de infecção por Metapneumovírus humano (hMPV) têm sido relatados em pacientes submetidos a transplante de medula óssea ou em indução quimioterápica intensiva, com desfechos clínicos variados. O hMPV é um vírus respiratório da família Paramyxoviridae, identificado pela primeira vez em 2001, responsável por infecções do trato respiratório superior e inferior em crianças, adultos e imunocomprometidos. Em pacientes com câncer hematológico e transplantados, a infecção pode evoluir de forma fulminante, com taxas de mortalidade que variam de 10% a 40%. **Objetivos:** Relatar um caso de síndrome respiratória aguda após recuperação medular em paciente recebendo quimioterapia intensa. **Resultados:** Paciente masculino, 36 anos, com diagnóstico prévio de artrite idiopática juvenil, cursando com deformidades articulares. Foi internado no serviço de hematologia devido à presença de massa mediastinal, perda ponderal e dispneia. Realizou biópsia da massa, cujo histopatológico evidenciou positividade nas células de interesse para CD3, CD7, TdT e C-Kit, com negatividade para CD1a, CD10 e CD34, além de Ki-67 >90%, compatível com linfoma/leucemia linfoblástica T. Ao diagnóstico, não havia invasão medular e a doença apenas supradiaphragmática. Iniciou tratamento quimioterápico com o protocolo HyperCVAD, com boa resposta clínica após o bloco IA e desaparecimento da massa mediastinal. Foi reinternado para o bloco IB do mesmo protocolo. Evoluiu com neutropenia febril no D11 do ciclo, com documentação microbiológica de *Moraxella* sp., mantendo estabilidade clínica após terapia antimicrobiana adequada. No entanto, três dias após, desenvolveu quadro respiratório com dor torácica, crepitações pulmonares e tosse. PCR qualitativo em swab nasal identificou infecção por hMPV. A evolução foi rapidamente desfavorável, com hipoxemia grave, choque hemodinâmico e taquidispneia. O paciente foi encaminhado à UTI, necessitando intubação orotraqueal e uso de drogas vasoativas, sem resposta às medidas adotadas, evoluindo a óbito oito dias após o início do quadro clínico. **Conclusão:** A infecção por hMPV constitui uma etiologia relevante de insuficiência respiratória aguda em pacientes imunocomprometidos, particularmente durante ou após quimioterapia intensa. Dada a ausência de terapias antivirais específicas e a limitação de estratégias profiláticas eficazes, o

diagnóstico precoce por PCR e o monitoramento rigoroso de sintomas respiratórios são essenciais. O presente relato reforça a importância da inclusão sistemática de vírus respiratórios, incluindo hMPV, no diagnóstico diferencial de síndrome respiratória aguda em hematologia, sobretudo em períodos de sazonalidade aumentada e em pacientes em tratamento mielossupressor.

Referências:

1. Seo S, Xie H, Campbell AP, Kuypers JM, Leisenring WM, Englund JA, et al. Human Metapneumovirus Infections Following Hematopoietic Cell Transplantation: Factors Associated With Disease Progression. *Biol Blood Marrow Transplant*. 2016;22:414-22.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104056>

ID - 2667

SUCCESSFUL PREGNANCY IN A WOMAN WITH BETA-THALASSEMIA MAJOR: A CASE REPORT

PC Giacometto, ACdO Borges

Hemocentro Regional de Maringá, Maringá, PR,
Brazil

Introduction: Beta-thalassemia major is a transfusion-dependent hemoglobinopathy associated with chronic anemia, transfusion-related complications, and iron overload. Pregnancy in these patients is rare and requires multidisciplinary planning due to increased transfusion demands and temporary interruption of chelation therapy. Case description: A 29-year-old white female was diagnosed with beta-thalassemia major at 8 days of life and has since received regular red blood cell (RBC) transfusions. She underwent cholecystectomy in 2009 and splenectomy in 2015. In 2020, transfusion reactions required the use of washed RBCs. Iron overload was managed with different chelation regimens. In 2022, while on deferoxamine, her serum ferritin was 403ng/mL, and liver T2* MRI showed no hepatic involvement. Chelation was discontinued in December 2022 for conception planning. Pregnancy was confirmed in April 2023, approximately 90 days later. Prenatal care was conducted at focusing on maintaining hemoglobin >10 g/dL, with transfusions every 15 days. At 6 weeks, she presented mild vaginal bleeding, successfully treated with progesterone. No chelation was performed during pregnancy. Delivery occurred at 38 weeks via elective cesarean section. Moderate intraoperative vaginal bleeding was controlled without transfusion. The newborn weighed 3,170 g, with Apgar scores of 9 and 9 at one and five minutes, respectively. She exclusively breastfed for 6 months. Four months postpartum, serum ferritin had increased to 4,463ng/mL. In September 2024, liver MRI demonstrated a hepatic iron concentration of 17.5 mg/g dry weight, confirming significant iron overload. Chelation therapy with deferoxamine was resumed in June 2024. The patient remains on regular transfusions with stable