

limitada como agente único, sua combinação com venetoclax apresentou efeitos sinérgicos ou aditivos em modelos resistentes. Esses achados sustentam o potencial de terapias combinadas baseadas em tolinapant em subgrupos específicos de LMA. **Financiamento:** FAPESP, CAPES e CNPq.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104559>

ID - 3278

ISOLATED SPHENOIDAL HISTOPLASMOSIS IN A NEUTROPENIC PATIENT WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA: A DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE

LB Anastacio^a, DA Santos^b, JC Leite^c,
PDT Oliveira^c, LL Paula^c, MA Carneiro^c

^a Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São
Paulo (USP), Ribeirão Preto, Brazil

^b Hospital Eduardo de Menezes (FHEMIG), Belo
Horizonte, Brazil

^c Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Brazil

Introduction: Invasive fungal infections (IFIs) are a major cause of morbidity and mortality in patients undergoing intensive chemotherapy for acute myeloid leukemia (AML). *Histoplasma capsulatum*, a dimorphic fungus, usually causes pulmonary disease after inhalation. Isolated sphenoidal involvement without pulmonary manifestations is exceedingly rare and diagnostically challenging. We report a case of sphenoidal histoplasmosis presenting as invasive fungal sinusitis during AML induction in a neutropenic patient. **Case report:** A 37-year-old woman was diagnosed with acute myeloid leukemia with monocytic differentiation (AML-M5) and started induction chemotherapy with the 7+3 regimen (cytarabine and daunorubicin) in April 2023. During medullary aplasia, she developed febrile neutropenia, managed with broad-spectrum antibiotics and amphotericin B due to high suspicion of invasive aspergillosis, with further clinical and radiologic improvement. Later during hospitalization, she developed a new febrile episode of unknown origin, along with progressive frontal headache, facial edema, and purulent rhinorrhea. Paranasal sinus CT revealed pansinusitis and sphenoidal bone erosion, suggestive of fungal sinusitis. Endoscopic sphenoidal biopsy was performed without complications. Histopathology revealed numerous intracellular yeast-like organisms staining positively with PAS and Grocott-Gomori methenamine silver, consistent with *Histoplasma* spp. No necrosis, granulomas, or leukemic infiltration were seen. Fungal cultures were negative. A diagnosis of localized sphenoidal histoplasmosis was established, and oral itraconazole was initiated, with progressive clinical improvement. The patient remained under close infectious surveillance, with full resolution of symptoms. She later received reinduction chemotherapy with the MITO-FLAG protocol (mitoxantrone, fludarabine, high-dose cytarabine) without recurrence of fungal disease. She ultimately progressed to refractory leukemia and died of multiorgan failure, unrelated to the

resolved infection. **Conclusion:** Localized histoplasmosis of the paranasal sinuses is exceptionally rare, particularly in immunocompromised patients with hematologic malignancies. Sphenoidal involvement with bone erosion typically raises suspicion for *Aspergillus* spp. or *Mucorales*, more common causes of invasive fungal sinusitis. In contrast, *H. capsulatum* rarely causes isolated sinonasal disease, and sphenoidal presentation without lung involvement (as in this case) is highly atypical. Diagnosis is challenging due to non-specific symptoms, overlapping radiologic features, and frequent negative cultures. Histopathology with fungal-specific stains was essential for definitive diagnosis in this case. This report underscores the need for clinical vigilance regarding uncommon fungal presentations in AML, especially when empiric antifungal therapy fails. Although fungal culture is the standard reference, tissue histopathology may be the only reliable diagnostic method in localized histoplasmosis. Therefore, isolated sphenoidal histoplasmosis, though rare, should be considered in neutropenic patients with refractory sinonasal symptoms, particularly in endemic areas. Given the low sensitivity of cultures and nonspecific imaging, histopathologic confirmation remains critical. This case highlights the diagnostic value of early endoscopic evaluation and broad differential consideration in immunosuppressed hosts.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104560>

ID - 3225

LEISHMANIOSE VISCERAL EM PACIENTE COM LEUCEMIA AGUDA DE FENÓTIPO MISTO: RELATO DE CASO

TR Evangelista^a, LGF Lima^a, J Severo^a,
CCL Silva^a, BG Campello^a, MCDM Cahu^a,
AQMS Aroucha^a, VECB Dantas^a, HC Moura^a,
MFH Costa^b

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

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),
Recife, PE, Brasil

Introdução: A Leishmaniose visceral é doença potencialmente fatal com prevalência no norte e nordeste do Brasil com transmissão causada pela picada de flebotomíneos, enquanto que a Leucemia aguda de fenótipo misto é um sub-tipo raro de leucemia aguda com coexistência de marcadores celulares mielóides e linfóides, de causa não muito bem esclarecida, mas que envolve fatores genéticos e ambientais. Esta última é subdividida em bifenotípica, quando uma mesma população de blastos expressa marcadores de mais de uma linhagem, e em bilinear, quando dois grupos de blastos preenchem os critérios de diferentes linhagens. A ocorrência das duas doenças é rara e este caso clínico serve de alerta para o diagnóstico diferencial em áreas endêmicas desta associação, uma vez que a leishmaniose também apresenta alterações hematológicas importantes. **Descrição do caso:** Mulher, 68a, leucemia aguda bilinear diagnosticada em maio de 2024 (mielograma 75% de blastos mielóides),

imunofenotipagem de medula óssea blastos mieloides 47% e linfoides B 18,3%, cariótipo 45,XX,-7[5]/46,XX[15], pesquisa da mutação BCR-ABL p190 negativa, alto risco de reativação de vírus B pelo perfil sorológico (anti-HBC total reagente e HbsAg negativo), iniciado entecavir profilático e esquema alternativo de tratamento quimioterápico em paciente idosa (Viale A: Venetoclax + Azacitidina). Após 3 ciclos, evoluiu com citopenias intensas e sustentadas. Avaliação de resposta em setembro de 2024 mostrou estudo de Doença Residual Mínima (DRM) com 5,37% de blastos mieloides e subpopulações linfocitárias dentro da normalidade, porém mielograma com 16% de blastos e grandes grupos de leishmanias. Realizou tratamento específico para leishmaniose visceral com anfotericina B convencional por 2 dias iniciais e os próximos 7 dias seguintes anfotericina B lipossomal, sendo reiniciado protocolo quimioterápico em sequência apenas com venetoclax devido falta de abastecimento da azacitidina nesse período (via judicial). Persistiu as citopenias intensas nos meses seguintes, e a nova reavaliação de medula óssea em março de 2025 não identificou parasitas, porém visualizou 31% de blastos mieloides pelo mielograma, e 13% de monoblastos, 7,45% de blastos mieloides e 2,44% linfoides, com um total de 22,97% de células imaturas na avaliação de DRM. Realizado troca de esquema para protocolo Viale-C, porém paciente após cerca de 10 dias teve quadro de neutropenia febril grave e choque séptico, evoluindo com acidose metabólica severa, refratária a medidas intensivas, com óbito em abril de 2025. **Conclusão:** A leucemia aguda bilinear é um subtipo raro de leucemia que nesta paciente ao longo de seu tratamento evoluiu com infecção por leishmania sp, cuja única manifestação clínica foi piora das citopenias no hemograma. Esta acomete pacientes imunossuprimidos, com mortalidade em torno de 10%, o que torna importante a suspeição do diagnóstico diferencial. A similaridade da sintomatologia entre as duas doenças podem dificultar a suspeição clínica inicial. Este relato de caso reforça a importância de reavaliação medular principalmente quando pacientes mudam o padrão dos índices hematimétricos, principalmente em regiões endêmicas.

Referências:

1. Charles NJ, Boyer DF. Mixed-phenotype acute leukemia: diagnostic criteria and pitfalls. Arch Pathol Lab Med. 2017 Nov;141(11):1462-8. doi:10.5858/arpa.2016-0428-RA.
2. Gontijo CMF, Melo MN. Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2004 Sep;7(3):338-49. doi:10.1590/S1415-790X2004000300011.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104561>

ID - 3319

LESÃO GENITAL NODULAR POR CANDIDA PARAPSILOSIS EM PACIENTE COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA REFRATÁRIA EM USO DE ANTIFÚNGICO PROFILÁTICO POR ASPERGILOSE PULMONAR INVASIVA: RELATO DE CASO

J Severo^a, LGF Lima^a, BG Campello^a,
CCL Silva^a, TR Evangelista^a, VECB Dantas^a,

EMS Thorpe^a, IHL Lemos^a, AQMS Aroucha^a,
MFH Costa^b

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

^b Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: O fungo da espécie *Candida parapsilosis* é um patógeno comensal na espécie humana, mas com potencial patogênico quando a barreira epitelial é rompida. O principal grupo de risco para infecção por este fungo é a imunossupressão prolongada, dieta parenteral e dispositivos invasivos. **Descrição do caso:** Mulher, 63 anos, portadora de leucemia mieloide aguda secundária a trombocitose essencial. O tratamento proposto foi o esquema intensivo de Citarabina e Daunorrubicina em altas doses com resposta medular ainda positiva com 9% de blastos em análise de doença residual mínima (DRM) em medula. Uma segunda indução com Venetoclax com Citarabina subcutânea foi iniciada, mas a paciente progrediu da doença durante tratamento com piora de DRM para 20% de blastos mieloides e a proposta de cuidados paliativos exclusivos foi iniciada. Durante a internação, evoluiu com lesão genital única em grandes lábios, de aspecto nodular, com cerca de 1 cm, dolorosa e com necrose liquefativa central. A paciente já tinha diagnóstico prévio de aspergilose pulmonar por lavado broncoalveolar e galactomanana sérica e já estava em tratamento com voriconazol que foi mantido como profilaxia fúngica. A lesão foi tratada com vancomicina e foi refratária à terapia de amplo espectro. A análise histológica foi negativa para malignidade, mas não sugeriu outras hipóteses diagnósticas. Por ser uma paciente em neutropenia prolongada e sem melhora com antibiótico de amplo espectro, o material foi enviado para cultura fúngica que foi positiva para *Candida parapsilosis*. Antes do resultado da cultura micológica a paciente evoluiu para óbito por progressão da doença de base. **Conclusão:** A LMA é uma doença com altos índices de infecções associadas e a infecção fúngica apresenta um dos cenários mais graves. O uso de profilaxia secundária em pacientes portadores de LMA é bem estabelecido na literatura e os Azóis são as drogas de escolha. Na literatura, a infecção por *Candida parapsilosis* é descrita como tipicamente sensível ao Voriconazol. No caso descrito, a paciente apresentou lesão genital fúngica a despeito da profilaxia medicamentosa com Voriconazol, evidenciando a importância da vigilância ativa e possibilidade de migração de classe medicamentosa como profilaxia.

Referências:

1. Trofa D, Gácsér A, Nosanchuk JD. *Candida parapsilosis*, an emerging fungal pathogen. Clin Microbiol Rev. 2008 Oct;21(4):606-25. doi:10.1128/CMR.00013-08. PMID:18854483; PMCID:PMC2570155.
2. Wingard JR. Importance of *Candida* species other than *C. albicans* as pathogens in oncology patients. Clin Infect Dis. 1995 Jan;20(1):115-25. doi:10.1093/clinids/20.1.115.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104562>