

previously submitted to a control (RPMI), non-inflammatory (Sec), and inflammatory stimulus (iSec). Initially, we used CFSE dye to investigate by Flow Cytometry whether RPMI, Sec, and iSec exert any effects on T-cell proliferation. Also, we determined the expression of the activation markers HLA-II and CD69 on T-cells. **Results and discussion:** Interestingly, we found that all the secretomes used were able to significantly control the proliferation of T cells, however, the most pronounced effect occurred in T cells treated with iSec. Corroborating this finding, T cells submitted to the iSec showed reduced expression of activation markers CD69 and HLA-II. **Conclusion:** These findings show that although melanoma has a constitutive capacity to control T-cells function and escape from immune surveillance, the exposure of tumor cells to the inflammatory environment plays an important role in enabling these cells to perform a more potent immunosuppressive function.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.076>

ERITROPOIESE SEVERAMENTE DISPLÁSICA EM PACIENTE PORTADOR DE HIV

BT Correa^{a,b}, PHO Silveira^a, MP Araújo^a,
MM Aleluia^b, JA Pacheco^b, EDC Santos^b,
PVB Santana^b, GIV Melo^b

^a Hospital Regional da Costa do Cacaú, Ilhéus, BA, Brasil

^b Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, BA, Brasil

Paciente do sexo masculino, de 35 anos, sem patologias prévias, sem uso regular de medicação, deu entrada no Hospital Regional da Costa do Cacaú (Ilhéus, BA) com febre com duração de 6 meses, perda ponderal e diarreia. Ao exame físico estava emagrecido, hipocorado, com linfonodos infra-centimétricos em cadeias cervicais, axilares e inguinais, e com espaço de Traube maciço à percussão. Foi solicitada sorologia anti-HIV, cujo resultado foi reagente. Hemograma solicitado no primeiro dia de internação mostrou hemoglobina de 5,6 g/dL, contagem de leucócitos de 490/mm³ (63% de neutrófilos) e contagem de plaquetas de 19.000/mm³. Contagem de reticulócitos de 1,8% e Teste de Coombs direto não reagente. Realizados ainda anti-HCV, HBSAg e VDRL, todos não-reagentes. A dosagem de vitamina B12 foi normal. Realizado teste rápido para Leishmaniose Visceral Humana (por método de Imunocromatografia), também não-reagente. Para esclarecimento diagnóstico optou-se por realizar aspirado da medula óssea (mielograma), o qual evidenciou setor megacariocítico hiperplasiado, com presença de microformas (micro-megacariócitos), com hiperlobulação nuclear em alguns megacariócitos e hipo em outros, além de aspecto mais imaturo da cromatina em poucos megacariócitos. No setor eritróide foram visualizadas atipias nucleares frequentes, além de pontes intercitoplasmáticas, assincronia de maturação e eritroblastos binucleados. No setor granulocítico foram visualizados neutrófilos com hipersegmentação nuclear e outras atipias nucleares (inclusive do tipo Donnut-Cell), além de hipogranulação citoplasmática. No setor

linfoplasma-cítico foi evidenciada plasmocitose leve (9% da celularidade total), com alguns plasmócitos do tipo “flame-cells”. Não foram visualizados parasitas ou alterações compatíveis com hemofagocitose. Foi realizada também biópsia da medula óssea, cujo estudo histopatológico mostrou hiper celularidade, sem infiltração neoplásica ou presença de parasitas. Diante da hipótese diagnóstica de displasias eritropoiéticas secundárias ao HIV (com consequente pancitopenia periférica), foi iniciado esquema antirretroviral com tenofovir, dolutegravir e lamivudina. Novo hemograma, realizado dez dias após o esquema antirretroviral, mostrou melhora significativa das citopenias, com hemoglobina 7,3 g/dL, leucometria de 1560/mm³ (neutrófilos 73%) e contagem de plaquetas de 70.000/mm³. Nesta ocasião, o paciente, já assintomático, recebeu alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.077>

HISTOPLASMOSE DISSEMINADA: ACHADOS MORFOLÓGICOS EM SANGUE PERIFÉRICO, RELATO DE UM CASO

CSD Santos, JRDN Pessoa, KS Santana,
SC Mourad, JC Belingieri, AF Sandes,
CDS Lazari, MV Gonçalves

Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Relatar os achados morfológicos de infecção disseminada por *Histoplasma capsulatum* encontrados em sangue periférico de paciente imunossuprimido. **Relato:** Paciente do sexo masculino, 51 anos, transplantado renal há 20 anos, doador vivo aparentado. Dá entrada em um Pronto Socorro da cidade de São Paulo relatando febre não aferida e calafrios há uma semana, associado a quadro de tosse e prurido. Exame para detecção do novo coronavírus há três dias, negativo. Por se tratar de paciente transplantado renal é internado em isolamento e evoluiu com sepse e IRA (Injúria Renal Aguda), secundárias a possível processo infeccioso e com hipercalemia, acidose metabólica e úlceras duodenais hemorrágicas. Os exames laboratoriais mostraram: PCR = 37 mg/dL, Creatinina = 4,16 mg/dL, Leucócitos = 3.150/mm³, Neutrófilos = 2.390/mm³. TC de tórax demonstra consolidação localizada em LSD e LMD com formato de árvore em brotamento. Foi descartada a hipótese de pneumonia bacteriana e levantada a suspeita de infecção fúngica ou por micobactéria pulmonar. Evoluiu com piora do estado geral, impossibilitando a realização de broncoscopia para biópsia e/ou lavado. Os testes sorológicos foram negativos para: antígeno de *Cryptococcus neoformans*, IgM e IgG para *Mycoplasma pneumoniae*, anticorpos totais para Paracoccidioidomicose e Histoplasmose, mas positivos para antígeno de *Aspergillus*. Ao longo da evolução, a análise morfológica da série branca do hemograma demonstrou a presença de inclusões citoplasmáticas em neutrófilos compatíveis com possível fungo encapsulado, provavelmente *Histoplasma*. As mesmas formas foram observadas em raros monócitos e livres em meio às plaquetas. Apesar da imediata instituição do tratamento, o paciente teve evolução desfavorável. **Conclusão:** A histoplasmose se mostrou uma doença

