

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



com capacidade de disseminação até em paciente com níveis baixos de imunossupressão, como neste caso relatado, após 20 anos de transplante. A análise morfológica ganhou papel de destaque no diagnóstico, geralmente realizado por outras metodologias específicas, nesse caso impossibilitadas pelas condições clínicas do paciente. Foi o hemograma o primeiro exame que conseguiu apresentar dados conclusivos da infecção por histoplasma, podendo auxiliar a equipe médica a tomar condutas direcionadas para o tratamento. O resultado positivo de *Aspergillus* do paciente sofreu provável reação cruzada com *Histoplasma* devido a limitações técnicas do método. O papel do morfolologista se mostrou crucial nesse caso, demonstrando a importância de manter equipes bem treinadas e preparadas para atuar em casos raros e difíceis. Sendo assim, esse trabalho traz imagens de achados que poderão auxiliar outros morfolologistas na identificação do patógeno em suas rotinas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.078>

HISTOPLASMOSE MEDULAR REFRATÁRIA AO TRATAMENTO: RELATO DE CASO

WF Silva, HA Castralli, AB Penha, PM Mariussi, G Bellaver, A Zago, GB Fischer, JC Salvador, RF Salles, CD Barbosa

Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM),
Santa Maria, RS, Brasil



Objetivo: Relatar um caso de histoplasmose com acometimento medular em um Hospital Universitário no Sul do Brasil. **Descrição do caso:** Masculino, 39 anos, trabalhador rural. Histórico de internação em dezembro de 2020 para investigação de pancitopenia, hepatoesplenomegalia, febre e perda ponderal, sendo diagnosticado com histoplasmose pulmonar e medular e iniciado o uso de Itraconazol 200 mg 2x/dia. Evoluiu com melhora clínica, exames de março de 2021 traziam hemoglobina 11,6; leucócitos 2.150; plaquetas 86 mil; bilirrubinas totais 0,91. Em abril, é admitido no pronto socorro por quadro de icterícia, astenia, hemoptise e epistaxe iniciado há 4 dias. Constatou-se hemoglobina 6,5; leucócitos 1.620; plaquetas 5 mil, proteína C reativa > 12 mg/dl, DHL 707 U/L, bilirrubina total 16 mg/dL. Sorologias negativas. Tomografia de tórax exibiu extensas opacidades com atenuação em vidro fosco, bilaterais e com distribuição predominantemente central associadas a leve espessamento liso dos septos interlobulares, sendo sugestivo de processo infeccioso/inflamatório. Teste PCR para Covid-19 negativo. Tomografia de abdome com esplenomegalia de 28 cm e áreas hipodensas sem realce ao contraste, bem como líquido subcapsular, as quais poderiam representar áreas de infarto esplênico por degeneração líquida/necrose. Linfonodomegalias junto à veia porta com 1,8 cm e na cadeia paracaval direita com 1,6 cm. Prosseguiu-se investigação com mielograma, cujo laudo mostrou série vermelha com precursores eritroides sem displasia, normocelular; série branca hiperclular, sem excesso de formas jovens, com pelo menos 5 macrófagos com grânulos citoplasmáticos sugestivos de causa infecciosa ativados com sinais de hematofagocitose; e megacariócitos presentes sem

displasias. Foi considerada a hipótese de histoplasmose aguda persistente. Iniciado Anfotericina B lipídica e realizado suporte transfusional. Posteriormente, pesquisa de anticorpos anti-Histoplasma capsulatum resultou positivo para banda M, e anatomopatológico evidenciou medula óssea acentuadamente hiperclular, com população celular de aparência histiocitária e citoplasma amplo e claro, por vezes contendo elementos hematopoiéticos fagocitados, sem formação de granulomas. Apesar da otimização das medidas terapêuticas, houve evolução para óbito. **Discussão e conclusão:** A histoplasmose é uma doença granulomatosa sistêmica causada pelo *Histoplasma capsulatum*, que, em imunocompetentes, costuma ser autolimitada e assintomática, com evolução satisfatória. Todavia, alguns pacientes desenvolvem a forma disseminada progressiva, que ocorre em 1:2.000 pacientes com infecção aguda. Para indivíduos sem acometimento do sistema nervoso central, o tratamento é feito com anfotericina B ou um derivado azólico, como o itraconazol. Neste caso, como o paciente apresentava doença grave, optou-se pela anfotericina B, que erradica a fungemia e atinge níveis séricos terapêuticos com rapidez. O descalonamento para itraconazol pode ser realizado se condições clínicas favoráveis. A literatura sugere que o tratamento por um ano é capaz de reduzir recaídas, mas é possível estendê-lo por mais tempo na presença de imunossupressão irreversível. Se não houver boa tolerância farmacológica, tem-se como opções fluconazol, posaconazol ou voriconazol.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.079>

HYPEREOSINOPHILIA, MYELOPHITISIS AND CUTANEOUS METASTASES: ATYPICAL PRESENTATION OF NON-SMALL CELL LUNG CARCINOMA

LF Castelo, DLF Silva, GGM Lima, PPF Machado, V Rocha, LAPC Lage, J Pereira

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP,
Brasil



Introduction: Hypereosinophilia is defined as an eosinophil count greater than 1.500 cells/mm. It is usually associated with organ dysfunction due to visceral eosinophilic infiltration or tissue damage mediated by eosinophilopoietic cytokines, like IL-5. Determining its etiology represents a diagnostic challenge, as numerous conditions are associated with its occurrence, especially parasitic diseases, allergic disorders, medications and neoplasms. Paraneoplastic eosinophilia usually develops in the context of tumors of the lower gastrointestinal tract, lung, Hodgkin's lymphoma, peripheral T-cell lymphomas (PTCL), and its pathophysiology is associated with interleukin-5 (IL-5) secretion, an eosinophil proliferation-inducing cytokine. **Objective:** To describe a clinical case of paraneoplastic hypereosinophilic lung cancer, a rare laboratory manifestation, in a case with an advanced stage of the disease and catastrophic evolution. **Case report:** A 68-year-old woman, with a history of obesity and SAH, presents to the health service of the HC/FMUSP due to adynamia, dyspnea on exertion and perception of multiple violaceous