

Introdução: HCL é caracterizada pela expansão clonal de precursores mieloides de caráter inflamatório, com mutações somáticas de ativação na via MAPK. Acomete todas as idades, tem incidência de 5–10 casos/milhão de crianças/ano e abrange um espectro de apresentações clínicas que variam de lesão óssea única ou erupção cutânea trivial a doença disseminada explosiva, dependendo do estágio de diferenciação em que ocorra a mutação celular, afetando diferentes órgãos. Embora taxas de cura sejam altas, complicações neurológicas ou endócrinas graves a longo prazo podem afetar a qualidade de vida. A confirmação diagnóstica é feita por estudo histopatológico da lesão e identificação de marcadores de superfície clássicos CD1a e CD207. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo descritivo, baseado em revisão de prontuário. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 6 anos de idade, encaminhada à Endocrinologia por polidipsia, poliúria, hipernatremia (156 mEq/L), emagrecimento, cefaleia e vômitos matinais em Jan/18. Foi diagnosticada com Diabetes Insipidus (DI) de origem central. Evoluiu com deficiência hipofisária múltipla (TSH, GH, ACTH, ADH), sendo prescrito DDAVP, prednisolona e levotiroxina. Apresentava fundoscopia normal e Ressonância Nuclear Magnética (RNM) evidenciando espessamento de haste hipofisária. Realizada biópsia de hipófise com laudo histopatológico inconclusivo. Pela imagem à RNM, iniciou acompanhamento conjunto com Hematologia para investigar HCL. À época, inventário ósseo, ultrassom abdominal e exames laboratoriais normais. Sugerido acompanhamento clínico próximo com conduta expectante devido à alta incidência de DI e HCL, entretanto, houve perda de seguimento durante 2 anos por dificuldades sociais. Retorna à Hematologia em Jun/22, apresentando lesão em gengiva palatina com evolução de 1 ano, tendo sido tratada como abscesso dentário no período. Além disso, traz laudo de RNM, de outro hospital, com formações expansivas centradas na calota craniana frontal/temporal à direita, invadindo interior da órbita superiormente e lateralmente, além de lesão expansiva semelhante no ramo da mandíbula do lado direito. Ao exame, apresentava edema e sensibilidade em frente e região de zigomático à direita, ptose parcial e proptose ipsilateral, hiperemia e aumento de volume em gengiva palatina posterior bilateralmente. Realizada biópsia de gengiva em Jul/22 com diagnóstico de HCL. Classificada como Group 1 – Multisystem LCH (MS-LCH) pelo Protocolo LCH-IV da Histiocyte Society por apresentar 2 órgãos envolvidos (hipófise/SNC e ossos). Iniciada terapia com Prednisona e Vimblastina. **Conclusão:** DI é o sinal inicial mais frequente de HCL no SNC. Em crianças com DI isolada e haste hipofisária espessada, os diagnósticos mais prováveis são HCL, tumor de células germinativas ou linfoma. DI central afeta cerca de 25% dos pacientes. Em 1/3 dos casos, precede ou aparece junto ao diagnóstico. No restante, o diagnóstico é posterior e pode se apresentar ainda como recaída isolada. Afeta mais crianças com doença sistêmica e envolvimento de órbita e crânio. O envolvimento da hipófise posterior é mais comum, mas deficiência de hormônio do crescimento, insuficiência adrenal, hiperprolactinemia ou hipogonadismo podem ocorrer por infiltração da hipófise anterior. Nesses pacientes, o acompanhamento clínico pós-tratamento deve ser prolongado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.587>

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTO IMUNE PÓS-INFECÇÃO POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE: RELATO DE CASO

LP Oliveira^a, IS Coelho^b, LGM Oliveira^b,
H Seidel^b, ABP Fernandes^c, RL Guedes^b

^a Hospital Oncobio, Nova Lima, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil

^c Centro Universitário FIPMoc, Montes Claros, MG, Brasil

Objetivos: Relatar um caso de Anemia Hemolítica Autoimune (AIHA) e destacar a associação do *Mycoplasma pneumoniae* e do Vírus Epstein-Barr (EBV) com a AIHA por aglutinina fria, colocando essa doença como diagnóstico diferencial importante após infecção por esses agentes, onde imunoglobulinas IgM fixam o complemento e medeiam a hemólise, levando à anemia em graus variáveis. **Material e métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Trata-se de paciente do sexo masculino, 2 anos, que apresentou febre, rinorreia, tosse por 3 dias, evoluindo após 6 dias com prostração, vômitos, diarreia, claudicação, febre e hematúria. Os exames coletados identificaram anemia (Hb 6 g/dL) normocítica enormocrômica, anisocitose, leucocitose, reticulocitose, Coombs direto positivo e aumento de LDH e bilirrubina indireta. O EAS revelou hematúria (3+/4+). Encaminhado ao CTI devido a sinais de instabilidade hemodinâmica, recebeu concentrado de hemácias lentamente (5 mL/kg). Diante da suspeita de AIHA e Raio X de tórax com infiltrado pulmonar difuso, foi realizada sorologia para *M. pneumoniae*, com IgM reagente e com títulos de IgG em ascensão, confirmando o diagnóstico de AIHA por aglutinina fria pós-infecção por *M. pneumoniae*. Prescrito azitromicina parabrônco pneumonia atípica e metilprednisolona. Evoluiu com melhora do quadro e transição da medicação venosa para oral, recebendo alta eufórica, afebril e com melhora dos parâmetros laboratoriais. **Discussão:** Os sintomas da AIHA fria incluem fadiga, dispnéia, palidez e icterícia. O diagnóstico é feito pelo Coombs direto positivo para anti-C3 e negativo para IgG, somado à confirmação laboratorial de anemia hemolítica – queda da hemoglobina e haptoglobina e elevação de hemoglobina livre plasmática, bilirrubina indireta, LDH, AST e reticulócitos. Exames adicionais para avaliar causas secundárias incluem HEP2, imunoglobulinas quantitativas, testes sorológicos para *M. pneumoniae* e EBV e revisão dos medicamentos que podem induzir AIHA. **Conclusão:** Progressão acelerada da AIHA implica risco de vida e necessidade de propedêutica precoce, sendo um diagnóstico diferencial relevante. Felizmente, a suspeita é possível através de exames rápidos de baixo custo e o tratamento é acessível.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.588>

APRESENTAÇÕES CLÍNICAS DE LESÕES TRAUMÁTICAS ORAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOHEMATOLÓGICOS EM QUIMIOTERAPIA: RELATO DE CASOS

LDD Teixeira, JF Tagliabue, JESR Carvalho,
ACDS Menezes, LDB Alves, CS Boasquevisque,
HS Antunes

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: Relatar dois casos de evolução de trauma em cavidade oral em pacientes pediátricos oncohematológicos em tratamento quimioterápico. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, do tipo relato de casos. Os dados foram coletados através dos registros em prontuários eletrônico e físico da instituição. **Resultados:** Os casos apresentados envolvem dois pacientes do sexo masculino, de 17 e 4 anos, melanodermas, matriculados na instituição devido ao diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda B e Linfoma Linfoblástico B, respectivamente. Ambos foram tratados com Protocolo BFM; o primeiro paciente também realizou o Protocolo InterALL e o segundo, o Protocolo IDA FLAG. O primeiro paciente apresentou, em vigência da primeira semana da 3ª linha do Protocolo INTERALL, úlcera em mucosa labial inferior esquerda, de coloração arroxeada e dois nódulos também de coloração arroxeada em bordo de língua direita, na altura da linha oclusal. Nesse momento, a contagem de plaquetas e leucócitos era de 6 k/ μ L e 670 μ L, respectivamente. O segundo paciente, durante a primeira semana do Protocolo IDA FLAG, com contagem de plaquetas 5 k/ μ L e leucócitos 830 μ L, apresentou úlcera e aumento de volume com edema em região labial inferior direita estendendo-se para mucosa labial, de 2 cm, com sangramento ativo e crostas hemorrágicas. Diante dos quadros apresentados, em ambos os casos, a suspeita diagnóstica foi de lesão traumática associada à plaquetopenia. A conduta empregada foi a implementação de higiene oral cuidadosa, três vezes ao dia, com dentífrico fluoretado; uso de colutório com digluconato de clorexidina 0,12% de 12/12 horas; uso de protetor labial e aplicação de laser de baixa potência diária (FlashLaser -DMC -InGaAlP, 660 nm, 100 mW, 0,028 cm², 2J, 70 J/cm²) com aplicações de 1 ponto por cm, de acordo com o tamanho e extensão das lesões. No primeiro caso, também foi prescrito lubrificante oral e no segundo, uso de compressa de gelo local. O primeiro caso foi resolvido após 5 dias de evolução e 3 sessões de laserterapia, enquanto o segundo após 23 dias e 12 sessões de laserterapia. **Discussão:** Os casos relatados evidenciam que pacientes pediátricos submetidos ao tratamento quimioterápico devem ser acompanhados e orientados por um cirurgião-dentista. Diante da possibilidade de pancitopenia resultante da quimioterapia, traumas leves que em pacientes saudáveis não causariam danos, ou causariam danos leves, podem resultar em lesões exacerbadas e atípicas. Além disso, o cirurgião-dentista deverá realizar o correto diagnóstico e manejo, visando, além do controle da dor e resolução clínica das lesões, a minimização do risco de sangramentos e infecções secundárias, que além de exacerbar o quadro, nesses indivíduos, podem resultar em infecções sistêmicas que podem inclusive ser fatais. **Conclusão:** Através dos casos relatados, destaca-se que quadros de trauma oral em pacientes pediátricos oncohematológicos em tratamento quimioterápico podem apresentar-se de forma atípica e exacerbados devido à pancitopenia. Assim, ratifica-se a importância do cirurgião-dentista no cuidado do paciente oncológico para diagnóstico e conduta, bem como do cuidado interprofissional e integrado da equipe de saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.589>

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFECÇÃO POR EPSTEIN-BARR E DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA: RELATO DE CASO

LP Oliveira^a, IS Coelho^b, LGM Oliveira^b, H Seidel^b, ABP Fernandes^c, RL Guedes^b

^a Hospital Oncobio, Nova Lima, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, MG, Brasil

^c Centro Universitário FIPMoc, Montes Claros, MG, Brasil

Objetivo: Ressaltar a sobreposição de características clínicas entre a infecção pelo Epstein-Barr Virus (EBV) e as doenças linfoproliferativas, com destaque para alterações hematológicas como leucocitose e trombocitopenia, além de esplenomegalia e linfonodomegalia. Dada essas semelhanças e a alta prevalência da mononucleose na população, com destaque no contexto pediátrico, a exclusão de etiologias malignas, bem como a detecção precoce do EBV e de extrema importância para uma conduta adequada, considerando a gravidade desse diagnóstico diferencial. **Material e métodos:** Relato de caso. **Resultados:** Paciente LSCP, 13 anos, masculino, apresentou quadro de diarreia, dor abdominal, cefaleia e estado subfebril por 1 semana, além de perda ponderal de 4 kg. Após 7 dias de sintomas, evoluiu com sudorese noturna e persistência do quadro subfebril. Procurou atendimento médico e foram solicitados exames laboratoriais, ultrassonografia e encaminhamento a hematologia pediátrica. Os exames identificaram leucocitose importante (> 30000 leucócitos/mm³) e linfocitose, com presença de 80% de linfócitos atípicos, além de aumento de LDH (467 UI/L), fosfatase alcalina (330 U/L), TGO (258 U/L), TGP (455 U/L) e GGT (217 U/L). A ultrassonografia revelou esplenomegalia acentuada e o exame físico evidenciou linfadenopatia cervical anterior bilateral. Diante do quadro, foi solicitado sorologia para EBV, monoteste e imunofenotipagem de sangue periférico (IMF), com IgM e monoteste positivos e IMF com linfócitos T CD8+ maduros com expressões fenotípicas (CD38+ e HLA-DR+) relacionadas a ativação de linfócitos T. Os resultados foram compatíveis com infecção por Epstein-Barr e houve melhora dos sintomas após 2 semanas. **Discussão:** A investigação do EBV em quadros de linfadenopatia, esplenomegalia e alterações hematológicas, como leucocitose e linfocitose, e indispensável para excluir demais etiologias onco-hematológicas, como as doenças linfoproliferativas. **Conclusão:** A infecção pelo Epstein-Barr vírus desencadeia manifestações multissistêmicas, podendo ocasionar dúvidas em relação ao diagnóstico. Sendo assim, conhecer as particularidades e possíveis diagnósticos diferenciais de prognóstico reservado, e imprescindível para condutas assertivas e seguimento adequado do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.590>

APLASIA MEDULAR SEVERA ASSOCIADA À HEPATITE EM CRIANÇA DE 5-ANOS

FAS Ribeiro, PG Moura, FA Werneck, VME Costa

Hospital Estadual da Criança (HEC), Rio de Janeiro, RJ, Brasil