

com neutropenia febril, dispneia, hipoxemia e choque circulatório com necessidade de drogas vasoativas, além de ganho ponderal, edema simétrico de membros inferiores, congestão pulmonar e piora da função renal, com necessidade dialítica e as medidas para manejo da SD foram reiniciadas. Diante da pandemia atual de COVID-19, com pico de incidência no estado de São Paulo entre os meses de maio de junho de 2020, bem como do acometimento de alguns membros da equipe assistente, foi realizada a pesquisa de SARS-CoV-2 por meio de RT-PCR em swab nasal e orofaringe, que foi positiva, e tomografia de tórax mostrou opacidades em vidro fosco periférico bilateral sugestivos da infecção viral. Foi encaminhado para isolamento respiratório e após melhora clínica, a corticoterapia foi lentamente retirada e o ATRA foi reiniciado após 7 dias de suspensão. Durante a fase aguda da infecção, realizou-se suporte transfusional rigoroso para evitar complicações hemorrágicas, mantendo-se Hb em torno de 7 g/dL, plaquetas acima de $50 \times 10^3/\mu\text{L}$ e não foi utilizado heparina devido à contagem de plaquetas. Após 27 dias da confirmação de COVID-19, e já em remissão da LPA, paciente evoluiu com trombose venosa profunda (TVP) bilateral de veias femorais, não sendo possível excluir relação causal com a COVID-19. Acreditamos que a manutenção de elevados níveis de dímeros-D, a despeito da resolução da infiltração leucêmica, possa estar relacionada à extensa TVP ocorrida. **Discussão:** Até o momento, apenas 3 relatos na literatura de COVID-19 em associação com LPA foram descritos, sendo que apenas 1 deles envolve a SD. O difícil diagnóstico diferencial entre SRAG secundária à SD, pneumonia bacteriana ou COVID-19 salienta para importância da suspeita clínica e do tratamento de suporte de todas estas condições em pacientes com leucemia aguda, especialmente naqueles em uso de terapias com ação diferenciadora. Ademais, tanto a LPA como a COVID-19 podem estar associadas à coagulopatia, muitas vezes pró-trombótica. Por fim, a combinação de mecanismos fisiopatológicos de inflamação pulmonar decorrente de citocinas destas duas condições pode levar a uma combinação catastrófica e se apresentar como um desafio de diagnóstico e manejo clínico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.940>

939

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA EM CORONAVÍRUS 19: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE CURITIBA-PR

J.S. Lima^a, L. Ribeiro^a, E.G. Bana^b, A.A.K. Johann^a, B.S.L. Wan-Dall^c, V.B. Nocera^a, A.C. Menezes^a

^a Instituto de Hematologia e Oncologia Curitiba, Curitiba, PR, Brasil

^b Hospital Pilar, Curitiba, PR, Brasil

^c Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

Infecção por COVID-19 é uma doença heterogênea. Pode ser assintomática ou na maioria dos casos com poucos sintomas. As complicações imunes como a síndrome de ativação macrófágica, conhecida também como linfocitose hemofagocítica secundária, podem ocorrer em

alguns pacientes. Esta complicação trata-se de um processo hiperinflamatório agudo caracterizado por citopenia, tempestade de citocinas e hiperferritinemia. As manifestações clínicas frequentes são febre persistente, hepatoesplenomegalia e falência de múltiplos órgãos. Relatamos dois casos de síndrome hemofagocítica secundária a infecção por COVID-19 atendidos no Hospital Nossa Senhora do Pilar de Curitiba durante os meses de junho e julho de 2020. Caso 1: RDF, 55 anos, masculino, história prévia de Lúpus Eritematoso Sistêmico, transplante renal em 2006, perda de enxerto e insuficiência renal crônica dialítica, púrpura trombocitopênica imune e doença coronariana com 3 angioplastias prévias. Internado em 05/07 por infecção por SARS-CoV2, evoluindo com insuficiência respiratória e necessidade de intubação orotraqueal, hipoxemia grave, incluindo relação $\text{PO}_2/\text{FiO}_2 < 150$ e necessidade de posicionamento em prona. Apresentou febre alta persistente, associada a hiperferritinemia (6431 ng/mL) e pancitopenia no hemograma. Com a suspeita de síndrome hemofagocítica, calculado HScore que resultou em 234 pontos, com probabilidade de 98-99% do diagnóstico. Recebeu tratamento com pulsoterapia e reposição de imunoglobulinas por 3 dias. Evoluiu com múltiplas complicações hemorrágicas e infecciosas, com óbito no dia 27/07. Caso 2: MAS, 46 anos, masculino, história prévia de sobrepeso, sem outras comorbidades. Internado por infecção por SARS-CoV2 em 16/06, evoluindo com insuficiência respiratória e necessidade de intubação orotraqueal em 18/06, com necessidade de posicionamento em prona até 24/06 e insuficiência renal. Após melhora clínica inicial, apresentou piora da oxigenação, febre e hiperferritinemia. Na evolução apresentou bicitopenia (anemia e plaquetopenia) com HScore para síndrome hemofagocítica de 189 pontos e probabilidade de diagnóstico de 70-80%. Submetido a pulsoterapia por 3 dias e reposição de imunoglobulinas por 2 dias. Apresentou múltiplas complicações infecciosas durante o internamento, e permaneceu internado até a data de submissão deste trabalho. Ambos os casos apresentaram evolução desfavorável sem resposta ao tratamento com imunoglobulina e pulsoterapia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.941>

940

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA EM PACIENTE COM LMA RECIDIVADA E COVID-19: RELATO DE CASO

C.S. Silva, S.S. Marcondes, P.A.D.S.B.A. Matos, M.D.D. Santos, V.B. Filho, M.P. Araujo, G.S. Sonsim, V.H.R. Carvalho

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

Objetivo: Relatar caso de manifestação atípica de COVID-19 em paciente com leucemia mieloide aguda recidivada. **Material e métodos:** Revisão da literatura e estudo retrospectivo baseado em análise do prontuário. **Resultados:** Paciente, 59 anos, sexo masculino, pardo, diagnóstico de LMA, em fevereiro/2019 cariótipo 47XY+4, com FLT3 - NPM1 + E

CEBP-ALFA -. Realizado indução com D3A7, em 19/02/2019. Apresentou neutropenia febril resolvida com tratamento clínico padrão. Devido resposta terapêutica insatisfatória realizou segunda indução com I3A7, seguida de 3 consolidações (citara-bina em altas doses (2G/M2). Obtendo controle da doença com DRM negativo em outubro/2019. Paciente com doador aparentado, contudo optado pela não realização do transplante neste momento. Após 6 meses apresentou piora do hemograma. Sendo diagnosticado recidiva de LMA com 43% de mieloblastos. Em 28/04/2020, recebeu esquema de resgate (FLAG) evoluindo com neutropenia febril e após 16 dias da quimioterapia apresentou quadro de síndrome gripal sendo diagnosticado COVID-19 por RT-PCR swab nasal. Apresentou piora do quadro respiratório no 5º dia após início dos sintomas gripais necessitando de transferência para UTI e ventilação mecânica por 18 dias. Durante esse período evoluiu com piora progressiva dos marcadores de gravidade (PCR: 58, ferritina: 12094, DHL: 504 triglicérideo: 162), SARA grave, choque hemorrágico sem exteriorização e critérios para síndrome hemofagocítica, HScore: 198 (TGP:42 + ferritina:12094; + HB: 7,6 + leucócitos: 1100 plaquetas: 4,000 + febre+ imunossupressão+ aspectos de hemofagocitose na M.O). Foi tratado com suporte clínico antibioticoterapia entre eles vancomicina, meropenem, polimixina B, voriconazol, cefepime, oseltamivir, anfotericina b e pulsoterapia por 3 dias, paciente apresentou boa evolução clínica com alta da UTI após 26 dias e alta hospitalar após 93 dias de internação. **Discussão:** A LMA é a segunda categoria mais comum de leucemia em adultos e o tipo mais comum de leucemia aguda. A idade média no diagnóstico é de aproximadamente 65 anos e a incidência aumenta com a idade. Há uma predominância modesta em homens e uma incidência maior em brancos não hispânicos do que em outros grupos raciais e étnicos. A pandemia da doença de coronavírus 2019 (COVID-19) aumentou a complexidade do tratamento do câncer. Questões importantes incluem equilibrar o risco de atraso no tratamento versus danos causados pelo COVID-19. Nesse caso o diagnóstico do paciente impõe a necessidade de tratamento sem atrasos o que de certa forma expõe o mesmo a infecções hospitalares, dentre elas o novo SARS-CoV-2. Contudo, surpreendeu a equipe médica a excelente recuperação dada a gravidade das complicações apresentadas em período de intensas citopenias. A mortalidade do covid é de 2 a 4%, dados em pacientes onco-hematológicos ainda são escassos, porém a mortalidade de COVID-19 e câncer pode ser até 2x maior. Esse paciente também complicou com síndrome hemofagocítica que em geral é de 20 a 44% de mortalidade. Destacamos que os cuidados intensivos, multidisciplinares, diagnóstico precoce são essenciais para proporcionar um desfecho favorável para as complicações do tratamento onco-hematológico. **Conclusão:** Desfecho favorável em paciente com LMA recidivada, COVID-19, síndrome hemofagocítica entre outras complicações graves após suporte clínico adequado e reconhecimento precoce das gravidades.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.942>

941

SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA KAWASAKI-LIKE ASSOCIADA A COVID-19



J.M. Beatrice^a, P.G. Lopes^a, J.G. Emerenciano^a,
T.S. Vilela^a, R.G. Calmon^b, F.M. Oliveira^b, A.D.
Adda^c, R.G. Cesar^c, E.A. Elias^b, S.R. Loggetto^a

^a Departamento de Hematologia Pediátrica do
Sabará Hospital Infantil, São Paulo, SP, Brasil

^b Departamento de Cardiologia Pediátrica do
Sabará Hospital Infantil, São Paulo, SP, Brasil

^c Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do
Sabará Hospital Infantil, São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Descrição de caso clínico. **Material e métodos:** Dados clínicos e laboratoriais do prontuário médico. **Resultados:** Menina, 12 anos, febre prolongada e odinofagia, evoluindo com mialgia e diarreia. Diagnóstico de COVID-19 confirmado por RT-PCR para SARS-CoV2 (D1). Internada por 7 dias para receber ceftriaxone e azitromicina. Após 2 dias da alta (D9) voltou a apresentar febre, diarreia, mialgia intensa e cervicalgia. No D12 desde o diagnóstico da COVID-19 internou com Hb 6,7g/dL, leucócitos 10.590/mm³, neutrofilia (80%), linfopenia (9%), plaquetas 557.400/mm³, TGO 37 U/L, TGP 53 U/L, DHL 138 UI/L, RNI 1,19, TTPA 1,09, fibrinogênio 711 mg/dL, PCR 16,7 mg/dL, VHS 94 mm, D-dímero 4,86 ug, troponina I < 5 ng/mL, procalcitonina 0,2 ng/mL, ferritina 394 ng/mL, liquor normal, CT tórax com mais de 10% de comprometimento pulmonar (imagem de consolidação e vidro fosco na base esquerda) e ecocardiograma com derrame pericárdico discreto. No mesmo dia realizou outro ecocardiograma, desta vez com dilatação moderada de artéria coronária direita. Nega uso de anticoncepcional. Sem história pessoal e familiar de trombose. Diagnóstico de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) associada a COVID-9 (Kawasaki-like). Recebeu imunoglobulina intravenosa 2 g/kg, metilprednisolona 60 mg/dia, cefepime, concentrado de hemácias e AAS 80 mg/kg/dia por 7 dias. No 7º dia de tratamento teve melhora do ecocardiograma, reduzindo-se a dose de AAS para 3 mg/kg/dia e iniciada anticoagulação terapêutica com enoxaparina sódica. Alta bem após 12 dias de internação. **Discussão:** A infecção pelo SARS-CoV2 caracteriza-se por um estado de hipercoagulabilidade, manifestado por lesões microvasculares pulmonares ou renais, tromboembolismo pulmonar ou eventos trombóticos venosos ou arteriais. A maioria das crianças hospitalizadas com COVID-19 que evoluem com trombose tem mais de um fator de risco para trombose. A indicação de anticoagulação nessas crianças ainda não está bem definida por diretrizes, devendo cada caso ser individualizado em função dos fatores de risco pró-trombóticos, da gravidade do quadro e do risco hemorrágico. Os fatores de risco desta paciente eram idade (adolescente), cateter venoso central, SIM-P, plaquetose e uso de corticoide. A SIM-P associada ao SARS-CoV-2 é uma preocupação emergente em crianças e, apesar de incomum, pode haver necessidade de suporte intensivo e, em até 20% dos casos, ocorre miocardite ou dilatação e aneurisma das artérias coronárias, com taxa de mortalidade de 2-4%. As diretrizes de trata-