

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 pancytopenia, 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 hiperclerular, 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 hiperclerular, 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