

death by multivariate analysis. The median time from febrile neutropenia to death in MRSA episodes was 19 days. **Conclusions:** The incidence of SAB over the period remained stable. Complication of SAB were not common. Although the crude mortality was higher with SAB (including MRSA), it was not associated with early deaths, thus not demanding anti-staphylococcal coverage in the first day of febrile neutropenia. MRSA bacteremia was associated with increased risk of death, with most deaths occurring after 2 weeks of febrile neutropenia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.118>

RELATO DE CASO: LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA EM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

EW Corrêa, DH Catelli, AA Paz, T Callai, RS Ferreli, ET Calvache, F Dortzbacher, V Predebon, VR Siqueira, XH Condori

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: A linfocitose hemofagocítica (LHH) é uma desordem imunológica relacionada a desregulação de citocinas que promovem um grave estado inflamatório sistêmico. Pode ser idiopática ou relacionada a fatores genéticos, doenças reumatológicas, neoplasias ou infecções, o que torna seu diagnóstico desafiador em função da sobreposição de características clínicas. **Relato do caso:** Paciente sexo masculino, 21 anos, com diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda Ph+ com doença residual mensurável (DRM) negativa e resposta molecular 4,37 interna para administração de quimioterapia eletiva - primeira intensificação tardia do protocolo EsPhALL 2017. Durante a realização do ciclo quimioterápico, evoluiu com pancitopenia febril e uso de esquema antibiótico escalonado: cefepime, meropenem, vancomicina, com culturas de sangue e urina, e pesquisa de antígeno galactamanana sérico negativos. Realizada tomografia de tórax sugestiva de infecção fúngica, sendo associado voriconazol. Evoluiu com insuficiência respiratória aguda com necessidade de ventilação mecânica e choque com necessidade de droga vasoativa atribuída a sepse de foco pulmonar. Fibrobroncoscopia e culturas não definiram o germe. Por persistência de febre e exames microbiológicos negativos foi realizada tomografia de abdome que revelou hepatoesplenomegalia, e os seguintes exames: ferritina 6383 ng/mL, triglicerídeos 372 mg/DL, fibrinogênio 575 mg/dL, hemoglobina 7 g/dL, leucócitos 1620/mm³ e plaquetas 101mil. Realizado aspirado de medula óssea no qual foram identificadas duas figuras de hemofagocitose e nova pesquisa de DRM negativa. Diante dos achados clínicos e laboratoriais, foi realizado o HScore com probabilidade maior que 95% para LHH sendo iniciado dexametasona 20 mg/dia. Após o começo da corticoterapia o paciente apresentou resolução da febre, queda dos marcadores inflamatórios e após 96 horas foi extubado, recebendo alta da unidade de terapia intensiva 7 dias após o começo do tratamento. **Discussão:** A LHH é uma patologia com alta taxa de mortalidade quando não tratada precocemente, portanto, na

suspeição clínica seu tratamento está indicado. Os sinais, sintomas e anormalidades laboratoriais são inespecíficos e comuns a outras patologias, por essa razão escores clínicos foram desenvolvidos para auxiliar a definição dessa entidade. O HScore pontua as seguintes características: imunodepressão conhecida, febre, organomegalia, hiperferritinemia, citopenias, hemofagocitose, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia e elevação de transaminases para auxiliar o diagnóstico dessa condição. Por fim, ainda que a presença de hemofagocitose observada em medula óssea ou baço seja o pilar da LHH, esse achado não é sensível ou específico, tendo em vista a variação entre a análise de diferentes patologias e pela possibilidade de encontrar esse achado em pacientes que não têm a doença. O tratamento para essa condição é baseado no controle da causa subjacente. No caso de doença reumatológica é indicado imunossupressão com tratamento específico da doença e glicocorticóides, para malignidades, quimioterapia preferencialmente com uso de etoposídeo e o tratamento das infecções que possam ter atuado como gatilho imunológico. Para casos refratários, familiares ou idiopáticos poderá ser usado o protocolo HLH-94, baseado no uso de dexametasona, etoposídeo e ciclosporina e eventualmente transplante alogênico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.119>

SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA IDIOPÁTICA COM DISFUNÇÃO MULTITECIDUAL EM MULHER JOVEM: RELATO DE CASO

RBD Santos^a, VHM Melo^b, LR Souto^a, MBES Borges^a, AA Sousa^a, PHR Farina^a, EF Goulart^a, DMD Carmo^a

^a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil

^b Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil

Objetivos: Relatar o caso e achados clínicos referente a uma entidade rara, denominada Síndrome Hipereosinofílica (SHE) de caráter idiopático e suas repercussões sistêmicas, bem como a importância de conhecer tal entidade e incluir nos diagnósticos diferenciais de eosinofilia. **Material e métodos:** Foi realizado seguimento clínico e laboratorial de forma contínua com uma paciente do Hospital das Clínicas de Uberlândia associado a intervenção terapêutica com resposta satisfatória. **Resultados:** P.N.A, 24 anos, negra, procurou serviço de pronto Socorro em março/2022 apresentando dor abdominal do tipo cólica de caráter intermitente associado a náuseas e vômitos sem relação com ingesta alimentar, negava febre e alterações do hábito intestinal, tendo procurado diversas unidades de saúde devido ao quadro. Relatava ainda episódios de mastite bilateralmente no último ano com necessidade de uso de múltiplos esquemas antimicrobianos, apresentando a admissão resultado de anatomopatológico de fragmento de mama esquerda evidenciando inflamação aguda e crônica inespecífica multifocal com aumento do número de eosinófilos no estroma e hemograma com leucocitose (30.400) e predomínio de eosinófilos (21.584). Iniciada