

de marcadores laboratoriais e clínicos que preenchiam critério para Coagulação intravascular disseminada (CIVD). Apresentou hemoculturas negativas, e líquido sem alterações, sendo aventado inicialmente diversos diagnósticos diferenciais, dentre eles, síndromes febris, STA e leptospirose. A biópsia de fragmento da pele evidenciou vasculite séptica por meningococemia. A correlação de dados clínicos e anatomopatológicos possibilitaram o diagnóstico de Meningococemia. Paciente evoluiu a óbito 37 dias após admissão. **Discussão:** As infecções são as complicações mais frequentes nos indivíduos com doença falciforme. A auto-esplenectomia ocorre geralmente até os 5 anos de idade, e mesmo antes, ocorre uma asplenia funcional. Como consequência, haverá uma maior susceptibilidade a infecções por organismos encapsulados como *Haemophilus influenzae* tipo B e *S.pneumoniae*. A profilaxia medicamentosa e a vacinação adequada são indispensáveis para uma evolução o menos desfavorável possível nestes indivíduos. A doença meningococcica pode se manifestar com Meningococemia sem meningite, cuja principal característica é a rápida progressão de um quadro febril, geralmente inespecífico, para um quadro de púrpura (com petéquias e sufusões hemorrágicas), necrose de extremidades, seps e choque. A rápida deterioração clínica ocorre em 15 a 20% dos casos de doença meningococcica, apresentando com início rápido de choque e podendo evoluir com CIVD, disfunção de múltiplos órgãos e óbito precoce. As chances de uma infecção fulminante chegam a ser 50 vezes maiores nos indivíduos com doença falciforme, ainda que haja adequada vacinação para proteção contra germes encapsulados conforme se preconiza. Ademais, o quadro clínico inicial pode ser ainda mais inespecífico nesses pacientes, com curto período de pródromos, sendo importante que o paciente busque atendimento precoce. **Conclusão:** No presente relato, o alto grau de suspeita clínica combinado a uma boa orientação aos pacientes portadores de doença falciforme é essencial para o diagnóstico precoce e tratamento eficaz da meningococemia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.304>

RELATO DE CASO: SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICA SECUNDÁRIA A TOXOCARIASE

AMR Pinheiro^a, RS Florêncio^a, LMC Moreno^b, BA Freixedelo^b, MRX Frota^b, AKA Arcanjo^c

^a Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, CE, Brasil

^b Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^c Centro Universitário INTA (UNINTA), Sobral, CE, Brasil

Objetivo: Abordar o diagnóstico diferencial de eosinofilia em um paciente com quadro clínico sugestivo de toxocaríase.

Material e métodos: Informações obtidas de dados do exame clínico, laboratorial, revisão de prontuário e revisão bibliográfica sobre o tema. **Resultados e discussão:** Paciente do sexo masculino, 1 ano e 9 meses, natural e procedente de São

Benedito-CE, previamente hígido, encaminhado ao serviço de referência com febre, tosse, dispneia e epistaxe. Paciente apresentou quadro de gastroenterite viral na história patológica pregressa e hábito de brincar no quintal de casa, em contato com o solo e animais de estimação. Ao exame físico, paciente apresentava abdome inocente sem linfonodos palpáveis. Na admissão, os achados do hemograma evidenciaram anemia microcítica e hipocrômica (Hb = 7,7 g/dL; Ht = 23,3%; VCM = 64,5 fL; HCM = 21,3 pg) e leucometria total de 35.000/mm³, com 53% de neutrófilos e 20% de eosinófilos. Foi necessário o monitoramento do paciente com hemogramas sequenciais e punção aspirativa de medula óssea. A avaliação morfológica do aspirado medular evidenciou hiperplasia do setor granulocítico às custas de eosinófilo, e a imunofenotipagem com triagem para leucemia aguda não evidenciou o aumento de células imaturas. Fez uso de albendazol por 5 dias, e ao final da terapia anti-helmíntica, manteve os padrões do hemograma, com anemia microcítica e hipocrômica (Hb = 7,8 g/dL; Ht = 25,2%; VCM = 76,1 fL; HCM = 21,2 pg) e leucometria total de 41940, com 51% de eosinófilos. Levantando-se a hipótese de infecção por parasitas do gênero *Toxocara*, foi realizada a eletroforese de proteínas, que evidenciou hipergamaglobulinemia, sem pico monoclonal, e a pesquisa sorológica direcionada para o parasita revelou IgG positivo para *Toxocara canis*. **Conclusão:** O conhecimento dos diagnósticos diferenciais de eosinofilia na infância é importante para direcionar o raciocínio clínico para quadros menos comuns. A infecção por parasitas do gênero *Toxocara* é um importante diagnóstico diferencial de eosinofilia na população pediátrica, que deve ser prontamente investigado, visando a um tratamento precoce adequado, para melhorar os desfechos clínicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.305>

LINFHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA NUM PACIENTE COM AIDS E HISTOPLASMOSE DISSEMINADA

AH Dauma-Gabriel^a, EC Guimarães^b, SN Brito^a, HC Kang^a

^a Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

^b Hospital Público Municipal de Macaé, Macaé, RJ, Brasil

A histoplasmose disseminada (HD) é uma doença causada por fungos da espécie *Histoplasma capsulatum*, que está disperso na natureza. A infecção se dá por inalação e a partir dos pulmões pode se disseminar. A quantidade de inócuo e o estado imunológico do indivíduo determinam se haverá progressão já no primeiro contato ou uma reativação de um foco quiescente. A HD é uma doença definidora de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), e uma importante causa de mortalidade nesses pacientes, pois ocorre quando a contagem de células CD4 é menor que 200 mm³. A doença é negligenciada por não ter sintomas específicos, se confundindo com outras infecções. Relatamos aqui um caso de histoplasmose que resultou em linfocitose hemofagocítica (LHH)