

Introdução: A Síndrome de Evans (SE) é uma condição rara caracterizada por anemia hemolítica e trombocitopenia auto-imunes. Apesar de sua fisiopatologia não ser bem compreendida, acredita-se que uma desregulação do sistema imune é o seu principal contribuinte. SE já foi observada em infecções virais causadas por hepatite C, citomegalovírus e varicela-zoster. Desde o surgimento da pandemia pela COVID-19, complicações hematológicas foram relatadas, entretanto, a associação da infecção por COVID-19 e Síndrome de Evans foi pouco descrita. **Objetivo:** Relato de caso de associação de COVID-19 e Síndrome de Evans. **Relato de caso:** Mulher, 20 anos, portadora de obesidade grau II, iniciou quadro de cefaléia, coriza e equimoses em membros inferiores. Após 14 dias, procurou pronto atendimento por gengivorragia e febre. Hemograma evidenciou plaquetopenia ($1000/\text{mm}^3$). Por esse motivo, foi encaminhada ao nosso serviço em junho de 2021, na triagem foi diagnosticada com COVID-19 por RT-PCR devido ao quadro febril. À admissão, apresentava plaquetopenia grave isolada, sem outros comemorativos à hematoscopia de sangue periférico. Iniciou Dexametasona 40 mg/dia por hipótese de Púrpura Trombocitopênica Idiopática, evoluindo com ascensão plaquetária e alta hospitalar. Posteriormente, readmitida com sangramento mucocutâneo e vaginal, associado a hematoma vulvar. Aos exames, apresentava anemia hemolítica com bilirrubina indireta e DHL elevados e teste de Coombs positivo, recebendo diagnóstico de SE. Evoluiu com abscesso em grande lábio e sangramento importante, com progressão para Síndrome de Fournier. Devido à gravidade do quadro infeccioso e à necessidade de desbridamento cirúrgico de emergência, indicado transfusão de plaquetas após infusão de imunoglobulina humana, agonista de receptor de trombopoetina, Rituximabe e embolização esplênica por radiointervenção para incremento plaquetário e hemostasia, com resposta frustra. Apesar das medidas realizadas, a paciente evoluiu para choque séptico refratário e óbito. Do ponto de vista respiratório, a paciente permaneceu sem necessidade de suporte ventilatório invasivo até piora hemodinâmica. **Discussão:** Apesar de o comprometimento respiratório ser a principal complicação da COVID-19, vários trabalhos mostraram complicações diversas associadas. Com a evolução da pandemia, complicações hematológicas são cada vez mais relatadas. Neste caso, relatamos uma associação de Síndrome de Evans com a COVID-19 por inferência temporal e/ou causal. Em Li et al. (2020), situação semelhante foi relatada em março de 2020 com um paciente masculino de 39 anos. A utilização de imunossupressão por corticoterapia para manejo da PTI ou SE na vigência da infecção por COVID-19 é um desafio, visto que estudos demonstram associação de corticoesteroides com aumento de mortalidade e atraso no clareamento viral em casos com sintomas respiratórios leves, no entanto, apesar disto, outras terapias alternativas, inclusive empregadas neste caso, não são amplamente disponíveis no Brasil. **Conclusão:** Compreender a fisiopatologia da Síndrome de Evans e o papel inflamatório da COVID-19 é fundamental para o entendimento de ambas as doenças e poderá auxiliar no desenvolvimento de novas terapias para suporte e manejo das complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.890>

SÍNDROME DRESS – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA A SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISISTÊMICA (MIS-C) PEDIÁTRICA ASSOCIADA AO SARS -COV- 2

LCA Gama, S Rouxinol, A Munhoz, M Rouxinol, S Maia, CA Wiggers, AS Fonte, R Souza

Hospital Federal da Lagoa, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

O termo DRESS (*drug rash with eosinophilia and systemic symptoms* – erupção a droga com eosinofilia e sintomas sistêmicos) surgiu em 1996, para caracterizar um tipo de reação de hipersensibilidade a medicamento com características sistêmicas, que incluía erupção cutânea grave, febre, linfadenopatia, hepatite e anormalidades hematológicas (hipereosinofilia e linfocitose atípica). Em crianças, esta síndrome é rara, muitas vezes subdiagnosticada, pois seu quadro clínico inespecífico se confunde com muitos outros diagnósticos diferenciais. Em ano de Pandemia em que muitos diagnósticos convergiam para COVID, esse relato de caso faz um diagnóstico diferencial com MIS. Por causa da raridade dessa reação e da dificuldade e importância de seu reconhecimento, relata-se o caso de um menino de 13 anos de idade com Síndrome de DRESS secundária a Vancomicina. **Relato de caso:** Menino admitido na UTI para tratamento de Osteomielite em membro inferior após trauma. Evoluiu com sepse clínica. Durante internação apresentou trombose venosa em sítio de acesso profundo. Iniciado anticoagulação. Persistia febre. Iniciado Vancomicina. Paciente apresentou melhora clínica sendo transferido para enfermaria. Na segunda semana do início da Vancomicina evoluiu com aumento de transaminases, erupção cutânea importante principalmente em face. Hemograma apresentou eosinofilia e linfocitose atípica. Suspeita de COVID foi feita. Realizado PCR COVID que veio negativo. Suspenso Vancomicina. Trocado esquema antibiótico. Paciente recebeu Imunoglobulina 2g/kg com pouca melhora da lesão de face. ECO mostrava alterações agudas sugestivas de cardite. Paciente recebeu alta fazendo Clexane. No retorno ambulatorial como mantinha lesão em face foi iniciada terapia com corticoide 1mg/kg/dia. Após 30 dias anticoagulação foi suspensa e discutido com Cardiologia uso de AAS. Paciente com 2 meses de corticoide apresentou melhora de lesão cutânea que não retornou após a suspensão do corticoide. Apresentou melhora progressiva da eosinofilia. Realizado sorologia para COVID que demonstrou IgG e IgM negativos. A hipótese de Reação a Vancomicina foi feita uma vez que preencheu os critérios para Síndrome de Dress – exposição a medicação, cardite, elevação de enzimas hepáticas, linfocitose atípica, eosinofilia além dos exames para COVID negativo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.891>

TIME COURSE OF THE DEVELOPMENT OF IMMUNOTHROMBOSIS DURING COVID-19 HOSPITALIZATION

JD Oliveira^a, BMM Fonseca^b, CO Vaz^a, KHO Soares^c, JCS Mariolano^c, GA Locachevic^c, GV Damiani^{b,d}, EV Paula^{b,e}, FA Orsi^{e,f}

