

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: O presente estudo tem por objetivo relatar caso de infecção aguda por citomegalovírus associada a glomerulonefrite rapidamente progressiva no paciente em terapia de manutenção para leucemia pró mielocítica aguda. **Relato de caso:** Paciente masculino de 25 anos, sem comorbidades, em seguimento no serviço de hematologia da UNIFESP por quadro de Leucemia Pró Mielocítica Aguda (diagnostico em julho/2021), em protocolo de manutenção desde janeiro/2022 com 6-mercaptopurina, metotrexato e ATRA, em remissão morfológica e molecular, evolui com quadro de febre diária há 10 dias associada a odinofagia e tosse, com linfopenia, sem alterações ao exame físico e rastreio infeccioso ambulatorial negativo. Solicitadas pesquisas de Citomegalovírus, Parvovirus, Epstein-Barr e SARS-Cov-2, suspensos os fármacos do protocolo de manutenção e indicada internação hospitalar. Sem melhora do quadro relatado acima, paciente evoluiu com pancitopenia associada a um aumento de DHL e ferritina, sem figuras de hemofagocitose no aspirado de medular, além de síndrome nefrótica e lesão renal rapidamente progressiva KDIGO III com indicação de diálise. Visto também que não haviam esquizócitos em sangue periférico, alterações no coagulograma ou outras disfunções orgânicas. Constatadas sorologias IgM e IgG positiva para CMV além de carga viral sérica elevada para CMV, confirmando a infecção aguda por CMV associada a glomerulonefrite rapidamente progressiva. A biopsia renal demonstrou podócitos com alterações degenerativas, ausência de depósitos glomerulares e infiltrado linfocitário intersticial. Após tratamento adequado com ganciclovir paciente evoluiu com melhora da febre e retorno da função renal de base. **Discussão:** Em indivíduos imunocompetentes a infecção assintomática pelo citomegalovírus é comum, e quando ocorrem sintomas há um quadro clínico semelhante a mononucleose infecciosa, que pode cursar com sintomas de vias aéreas superiores associados a linfoadenopatia, esplenomegalia e linfopenia. No contexto clínico dos pacientes imunossuprimidos é mais comum que ocorra uma reativação viral que pode levar a lesão orgânica aguda com acometimento de órgão único ou lesão multissistêmica. É descrito em literatura que a infecção por citomegalovírus associada a lesão renal aguda exclusiva está mais associada ao contexto do paciente imunossuprimido pós transplante renal em uso de drogas com maior potencial imunossupressor, diferentemente do caso relatado. **Conclusão:** A partir das manifestações clínicas e do rastreio infeccioso direcionado às infecções oportunistas que acometem o paciente imunossuprimido foi possível associar o quadro de glomerulonefrite rapidamente progressiva a infecção aguda por CMV, quadro pouco conhecido na prática clínica, visto a predileção para doença invasiva em sistema nervoso central, retina, trato gastrointestinal e trato respiratório. Além disso, notou-se que nesse caso o tratamento com Ganciclovir foi efetivo neste tipo de apresentação clínica, visto o retorno da função renal de base após o tratamento adequado.

LINFOHISTIOCITOSE HEMOFAGOCÍTICA POR REATIVAÇÃO DE VÍRUS EPSTEIN-BAAR EM HOMEM ADULTO COM HISTÓRIA DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

RM Menezes, MV Ludwig

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivos: Descrição do relato de caso de um paciente investigando febre de origem obscura com história de neoplasia hematológica e quadro clínico inespecífico, que representou grande desafio para equipe assistente até a definição do diagnóstico de Linfohistiocitose Hemofagocítica (HLH) por vírus Epstein-Barr (EBV). **Material e métodos:** Coleta de dados durante acompanhamento do paciente na internação e posterior revisão de prontuário eletrônico. **Resultados:** Masculino, 54 anos, com Leucemia Mieloide Aguda (LMA) tratada e em remissão há 7 meses, interna por febre e artralgia. Verificado atendimento recente, há 2 meses, por razão semelhante, com ampla investigação etiológica, sendo descartadas causas infecciosas e recidiva da LMA. Atualmente apresentava artralgia de pequenas articulações distais, febre alta há sete dias e pancitopenia (hemoglobina 8,2 g/dL, leucócitos totais 1.670/uL e plaquetas 96.000/uL). Pela temporalidade dos sintomas e episódio prévio, se iniciou investigação para febre de origem indeterminada e manejo de neutropenia febril com antibiótico-terapia empírica. Os principais achados foram esplenomegalia e ferritina em crescente (atingindo valor >40.000 mg/dL), além de febre e pancitopenia refratários aos antibióticos. Assim, se aventou hipótese diagnóstica de HLH e procedeu-se com punção de medula óssea (MO) que mostrou aumento de plasmócitos reacionais e histiocitose com sinais de hemofagocitose aumentada, sem indícios de recidiva da LMA. Através de PCR qualitativo dos vírus com IgG positivo ao rastreio inicial, identificada também reativação do vírus EBV. Com a confirmação diagnóstica de HLH por critérios suficientes, se iniciou manejo com Dexametasona 10 mg/mL, conforme protocolo HLH. Paciente evoluiu com alívio da febre e melhora gradual da pancitopenia (hemoglobina 11,3 g/dL, leucócitos totais 6.740/uL e plaquetas 65.000/uL), recebendo alta para seguimento ambulatorial. **Discussão:** A HLH caracteriza-se por uma ativação aberrante das células T e *natural killers* (NK), resultando em resposta imune hiperinflamatória, dano celular e disfunção orgânica. Tipicamente, os pacientes se apresentam com febre recorrente, citopenia, disfunção hepática e sinais semelhantes a sepse. O vírus EBV aparece entre os principais desencadeantes infecciosos da HLH podendo se manifestar com febre persistente irresponsiva a antibióticos. Atualmente, diagnostica-se HLH ao preencher cinco ou mais dos seguintes critérios: febre (1), esplenomegalia (2), citopenia de duas ou mais linhagens (3), hipertrigliceridemia e/ou hipofibrinogenemia (5), hemofagocitose na MO, baço ou linfonodos, sem neoplasia maligna em atividade (6), atividade de células NK baixa ou nula (7) e níveis de CD25 elevados (8). **Conclusão:** A HLH representa um desafio diagnóstico que requer alta suspeição e a maior complexidade no caso relatado esteve em se tratar de um paciente imunossuprimido por neoplasia hematológica com tratamento recente, levando a diagnósticos diferenciais diversos. Na realidade do

Sistema Único de Saúde, a abordagem terapêutica é algo também desafiador, já que drogas como Rituximabe e imunoglobulinas têm custo elevado e difícil acesso. Por fim, destaca-se a importância de acompanhamento rigoroso destes pacientes, pelo risco de recidiva e possíveis complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.109>

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA SECUNDÁRIA À DOENÇA DE CORONAVÍRUS 2019: RELATO DE CASO

MV Tordin, P Gama

Fundação Centro Médico de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Objetivos: O objetivo deste estudo foi discutir a síndrome hemofagocítica, considerando a infecção pelo SARS-CoV-2 como fator desencadeador. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 60 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo e esquizofrenia, admitida por episódio de convulsão tônico-clônico generalizada secundária a hiponatremia de etiologia medicamentosa. Após 7º dia de internação, controlado o quadro inicial, evoluiu com febre e elevação de provas inflamatórias. Não houve detecção de foco infeccioso em triagem infecto-metabólica, iniciado antibioticoterapia empírica e seguimento de investigação com sorologias (HIV, hepatites, CMV, toxoplasmose, EBV, sífilis), e marcadores reumatológicos (FAN, FR), todos negativos. Em apenas três dias, apresentou piora clínica com alteração abrupta de exames laboratoriais, em especial pancitopenia e disfunção renal. Evoluiu com choque presumido séptico sem etiologia definida, instituído suporte ventilatório e drogas vasoativas. Apesar de antibioticoterapia empírica, persiste com febre, insuficiência renal e pancitopenia, com necessidade transfusional diária. Prosseguimos investigação de biópsia de medula óssea, evidenciando-se numerosos histiócitos volumosos fagocitando hemácias e mesmo elementos nucleados, sugestivo de síndrome hemofagocítica (SHF). Seguindo-se ao resultado da biópsia, a paciente apresentou RT-PCR covid positivo. Foi revisto todo o quadro clínico da paciente e levantada a hipótese diagnóstica de síndrome hemofagocítica associada a COVID-19. O HScore do paciente foi calculado em 195, sendo que informações faltantes foram calculadas como zero, tendo assim uma sensibilidade 93% e especificidade 86% para SHF. Realizou terapêutica com altas doses de corticoide metilprednisolona, porém antes do início de tratamento com vincristina, evoluiu rapidamente com insuficiência renal, hepática, medular e respiratória, indo a óbito aproximadamente 20 dias após início do quadro. **Discussão:** A SHF é um processo inflamatório sistêmico agudo grave e rapidamente progressivo. É uma complicação rara de muitas condições comuns, incluindo infecções, especialmente de etiologia viral, doenças autoimunes e neoplasias, sobretudo oncohematológicas. Está relacionada com defeito na citotoxicidade celular e no gene da perforina, causando ativação sistêmica de macrófagos com intensa atividade hemofagocítica. Tem características clínico-patológicas semelhantes a sepsis, manifestando-se com febre, hepatoesplenomegalia,

hiperferritinemia e citopenia. A doença de coronavírus 2019 (COVID-19) causada pelo SARS-CoV-2 contempla formas de evolução crítica com sintomas e sinais semelhantes em frequência e intensidade às manifestações clínicas e laboratoriais exuberantes da SHF. O número de relatos de casos de paciente com COVID-19 e suspeita ou diagnóstico confirmado de SHF aumentou nos últimos dois anos. Alguns autores sugerem rastreio para SHF em todos os pacientes COVID-19 graves, enquanto outros argumentam que a maioria dos pacientes desenvolvem síndrome com tempestade de citocinas similar à SHF. **Conclusão:** Síndrome hemofagocítica deve ser lembrada em pacientes com COVID-19 com rápida deterioração, febre persistente, sintomas respiratórios e neurológicos, citopenias e níveis anormais de ferritina.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.110>

ANÁLISE DE RETROVIGILÂNCIA EM UM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA DE SERGIPE

RC Torres, MF Costa, LPS Dantas, PCCS Junior, CS Guimaraes

Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe (IHHS), Aracaju, SE, Brasil

A retrovigilância é um dos principais processos de um serviço de hemoterapia, pois busca realizar uma análise retrospectiva dos resultados sorológicos de um doador que em uma primeira doação de sangue apresentava sorologia negativa. Permite a rastreabilidade das bolsas de hemocomponentes de doações anteriores nos casos de soroconversão ou de necessidade de investigação de reação transfusional tardia por transmissão de doenças pelo sangue, conforme preconizado pela Portaria nº158/2016 do Ministério da Saúde. Todo serviço de hemoterapia é obrigado a realizar exames laboratoriais de alta sensibilidade a cada doação, para detecção de marcadores para as seguintes infecções transmissíveis pelo sangue: sífilis, doença de Chagas, hepatites B e C, HIV/AIDS e HTLV I/II. Nos casos de sorologia reagente ou inconclusiva, o doador é convocado, informado e encaminhado para serviços de referência para o diagnóstico da possível infecção, bem como os casos são notificados às vigilâncias epidemiológica e sanitária. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, considerando as doações de sangue realizadas no Instituto de Hematologia e Hemoterapia de Sergipe (IHHS) no período de junho de 2009 a junho de 2022. **Objetivo:** analisar a prevalência de retrovigilância associada à soroconversão de doadores por tipo de infecções transmissíveis pelo sangue. **Resultados:** Foram realizadas 102.768 (100%) doações de sangue no período estudado, destas 2.766 (2,7%) apresentaram sorologia reagente, com predomínio de 1.456 (52,6%) de Anti-HBc (marcador de hepatite B), seguida de 711 (25,7%) reagentes para sífilis, 169 (6,1%) para hepatite C e 430 (15,5%) para outros marcadores. Constatou-se que 496 (100%) doadores de repetição apresentaram soroconversão, sendo que 161 (32,5%) soroconverteram para hepatite C, 109 (22%) para sífilis, 118 (23,8%) para Anti-HBc, 38 (7,6%) para HIV e 70 (14,1%) para outros marcadores de infecções. **Discussão:** Destaca-se que, apesar do marcador Anti-HBc ser o mais