

força ao diagnóstico e permitem identificação de risco, visto caráter familiar também estar presente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.281>

SÍNDROME HIPEREOSINÓFICA: RELATO DE CASO

LC Afonso, JMD Nascimento, ARA Junior, CMC Dias

Santa Casa de Misericórdia de Passos, Passos, MG, Brasil

Introdução: Trata-se de paciente feminina que iniciou quadro clínico aos 13 anos. Apresentava fraqueza, dor em membros inferiores, tosse seca e dor abdominal há 15 dias. Negava febre, emagrecimento, aparecimento de massas, sintomas gastrointestinais. Não usava medicamentos. Sem história de alergias. Encontrava-se eutrófica, sem linfonodomegalias ou visceromegalias, MVF diminuído em bases, além de ascite de pequeno volume. Foi identificada eosinofilia em sangue periférico de 14.000. Em propedêutica com o serviço de clínica médica, realizou extensa investigação de causas secundárias infecciosas, neoplásicas, reumatológicas, todas negativas. Exames bioquímicos sem alterações; TC abdome: ascite pequena, fígado e baço normais, ausência de linfonodomegalias, TC de tórax: ausência de linfonodomegalias, derrame pleural pequeno bilateral. Não foram punccionados derrame pleural ou ascite, devido ao pequeno volume; TSH normal; FAN, P ANCA e C ANCA normais; eletroforese de proteínas normal; sorologias contra HIV, hepatite C, B, CMV, VDRL, esquistossomose, toxocaríase normais. Realizou tratamento empírico contra parasitose, sem melhora do quadro. Iniciou tratamento com prednisona 1 mg/kg/dia, com resposta completa da eosinofilia e resolução clínica. Após suspensão do corticoide, o quadro se repetiu em seis meses, apresentando também resposta completa com prednisona. Após dois anos, recidivou novamente o quadro, sendo realizada propedêutica hematológica para exclusão de causas clonais. **Resultados:** HB 12,8- Plaquetas 271.000 -Leuco 20.300 (seg 2400 / eosinófilos 14.000 / linfo 2800 / blastos 0). Biópsia MO: normocelular, normomaturativa; ausência de fibrose, neoplasia ou parasitas. Mielograma + Imunofenotipagem: presença de eosinófilos em 33%, sem displasia. Cariótipo 46XX / JAK 2 negativo / BCR ABL negativo / PDGFR alfa negativo. **Discussão:** A paciente apresentou quatro episódios de hipereosinofilia em quatro anos, todas responsivas ao corticoide. No momento, em uso contínuo de 5 mg de prednisona, com boa resolução clínico e laboratorial, sem recidivas da doença. Foram descartadas causas secundárias para a eosinofilia: infecciosas, reumatológicas, alérgicas, neoplásicas. Foram descartadas neoplasias hematológicas. Não apresentava critérios para neoplasias mieloproliferativas crônicas clássicas, nem para leucemia eosinofílica crônica ou ainda para eosinofilia clonal com rearranjo específico (PGFRA alfa, PDGRF beta – cariótipo não apresentava t5;12, FGFR1 – cariótipo sem translocação envolvido 8p11) ou clonalidade linfóide. Foi classificada então como SHE idiopática. **Conclusão:** A SHE é definida por eosinofilia maior ou igual a 1500, com manifestações clínicas

atribuídas à eosinofilia ou infiltração tecidual por eosinófilos em contagem superior ao valor de referência. É consenso classificar a SHE em secundária a anomalias clonais mieloides, linfóides, secundária a causas não clonais, SHE familiar ou idiopática. A SHE é rara, com prevalência incerta. Pode causar lesão tecidual, principalmente pele, pulmão, trato gastrointestinal. O tratamento visa diminuir a hipereosinofilia e controlar os sintomas. Pacientes assintomáticos podem ser observados. Na SHE idiopática, o tratamento de escolha é o corticoide.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.282>

DINÂMICA DAS SUBPOPULAÇÕES DE MONÓCITOS NA IMUNIDADE CELULAR DE PACIENTES CONVALESCENTES DA INFECÇÃO PELO VÍRUS SARS-COV-2 (COVID-19)

NCT Belezia^{a,b}, AL Silv-Junior^{b,c}, LS Oliveira^{b,c}, S Dias^{a,b}, WLL Neves^b, MDPSS Carvalho^b, EC Sabino^d, NA Fraiji^b, AG Costa^{b,c}, A Malheiro^{a,b,c}

^a Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Manaus, AM, Brasil

^b Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (HEMOAM), Manaus, AM, Brasil

^c Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus, AM, Brasil

^d Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A COVID-19 tem sido uma doença de grande impacto para a saúde pública desde 2020. Sua causa se dá pela transmissão do SARS-CoV-2, um vírus altamente contagioso, que se desenvolveu rapidamente e evoluiu um quadro de pandemia. Sua veiculação pelo ar facilita a disseminação para muitos indivíduos e gera ampla variedade de sintomas, podendo ser classificados de leves a graves, além de terem alta taxa de mortalidade. Os monócitos foram descritos com uma função primordial no processo inflamatório e de retroalimentação positiva na resposta ao vírus, porém poucos estudos avaliam sua dinâmica na resposta convalescente da COVID-19. **Objetivo:** Descrever as subpopulações de monócitos circulantes na resposta imunológica de pacientes convalescentes da COVID-19. **Material e métodos:** Foram incluídos 50 pacientes convalescentes, sem sintomas a 30 dias prévios à coleta, do sexo masculino, e sem outras doenças infecciosas. Também foram incluídos 50 candidatos aptos à doação de sangue. Foi utilizado sangue total para imunofenotipagem dos subtipos de monócitos, com base na expressão de CD14, CD16 e HLA-DR. A aquisição dos dados foi feita por citometria de fluxo, no citômetro FACS Canto II e a estratégia foi feita no software FlowJo v. 10.6. O soro foi coletado e empregado na detecção de anticorpos IgG anti-S e anti-N por quimioluminescência na Fundação HEMOAM. Para análise estatística, foi realizada a comparação dos grupos pelo teste de Kruskal-Wallis, enquanto a correlação foi realizada pelo teste de Spearman. Todas as análises foram feitas no software