

progressiva de padrão respiratório. À tomografia computadorizada de tórax apresentava opacidades pulmonares irregulares. Realizada biópsia pulmonar em maio de 2023, com alterações compatíveis com linfoma B de grandes células (alto grau), angiotrópico, com subpopulação reativa de linfócitos T levantando a possibilidade de Granulomatose Linfomatóide. Realizados PCR no sangue e hibridização in situ para Vírus Epstein-Barr (EBV) com resultados positivos. Iniciado o tratamento para GL com esquema R-CHOP: metilprednisolona 60 mg/m²/dia, vincristina 1,4 mg/m², doxorubicina 50 mg/m², ciclofosfamida 750 mg/m², rituximabe 375 mg/m². Evoluiu com complicações infecciosas após a quimioterapia, piora importante das lesões cutâneas e deterioramento respiratório, evoluindo para óbito 21 dias após o início do tratamento. **Discussão:** A granulomatose linfomatóide é uma doença linfoproliferativa de células B, rara, que ocorre com mais frequência na quarta e quintas décadas de vida e apresenta prognóstico reservado. Está associada à infecção pelo EBV, sendo a maioria dos casos associados à disfunção imunológica. A principal manifestação ocorre nos pulmões, mas também podem ocorrer alterações na pele, Sistema Nervoso Central (SNC), fígado e rins. Linfonodos e medula óssea são raramente acometidos. Os sintomas pulmonares podem incluir tosse, dispneia, dor torácica e podem ser acompanhados por sintomas constitucionais, como febre, emagrecimento e fadiga. A imagem pulmonar geralmente revela massas nodulares bilaterais multifocais. Os sintomas neurológicos dependem do local do envolvimento, podendo ocorrer perda auditiva, disartria, hemiparesia, ataxia. As lesões de pele podem ser pápulas eritematosas ou nódulos subcutâneos, com ou sem ulceração. Do ponto de vista histopatológico, é classificada em três graus, sendo estes definidos pelo número e densidade de células B atípicas, infiltrado de células T reativas angioinvasivas e o grau de necrose. As formas de baixo grau pode ser tratadas com interferon $\alpha 2b$ e as de alto grau com imunoquimioterapia. O uso de corticosteroides e rituximabe isoladamente não é recomendado, podendo ser indicado como uma medida temporária. Para os casos refratários ou recaídas, o transplante de medula óssea pode ser uma alternativa. **Conclusão:** Trata-se de uma doença rara, com mortalidade elevada. Com frequência o diagnóstico é feito somente na autópsia. Conhecer sua apresentação torna-se essencial para um diagnóstico precoce, aumentando assim as chances de um desfecho favorável.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1041>

RELATO DE CASO: LESÃO PULMONAR AGUDA RELACIONADA À TRANSFUSÃO EM UM LACTENTE COM CHOQUE SÉPTICO FOCO CUTÂNEO

AMR Pinheiro ^a, RS Florêncio ^a,
CCAAM Miranda ^b, MGP Araújo ^b, AKA Arcanjo ^b

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

^b Centro Universitário Inta (UNINTA), Sobral, CE,
Brasil

Objetivos: Revisar a bibliografia acerca da Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão (TRALI). **Material e métodos:** Revisão de prontuário de um paciente com TRALI confirmado. **Resultados:** Lactente de dois meses deu entrada em um hospital terciário do interior do Ceará com choque séptico foco cutâneo devido à infecção fúngica em área de fraldas que culminou em disfunção cardiorrespiratória e hematológica. Na admissão, já apresentava pancitopenia e sangramento em vias aéreas, sendo necessário múltiplas hemotransfusões com hemácias, plaquetas e plasma fresco congelado. Após essas transfusões, paciente encontrava com infecção controlada, sem sobrecarga hídrica, confirmada por ecocardiograma e RX de tórax, bem como controle hídrico rigoroso e evoluiu com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo Grave com hipoxemia refratária ao tratamento ofertado (posição prona e altos parâmetros de ventilação mecânica não invasiva). Apresentando imagem radiológica sugestiva de TRALI evoluindo com disfunção de múltiplos órgãos e sistemas, evoluindo para o óbito. **Discussão:** TRALI é uma síndrome que se caracteriza por desconforto respiratório agudo que ocorre durante a transfusão ou até seis horas após a sua conclusão, sem evidência anterior de lesão pulmonar associado a hipoxemia, a infiltrados bilaterais na radiografia de tórax frontal e nenhuma evidência de sobrecarga circulatória. Qualquer hemocomponente que contenha plasma pode desencadear TRALI. Essa síndrome é considerada uma complicação rara da transfusão sanguínea, cuja incidência ainda não está bem estabelecida, em parte devido à dificuldade em se realizar o diagnóstico e ao fato de que os mecanismos de notificação ainda não estão bem difundidos. A fisiopatologia da TRALI ainda não está completamente esclarecida e, até o momento, vários mecanismos possíveis foram propostos, entre eles: inflamação, ativação de plaquetas e diapedese de neutrófilos, culminando em edema alveolar. Entre os vários mecanismos fisiopatológicos propostos, dois modelos se destacam. O primeiro de origem imunológica, que se pauta por uma ativação de neutrófilos pela infusão de anticorpos anti-HLA (antígenos leucoplaquetários) ou anti-HNA (antígenos neutrofilicos) advindos do plasma do doador; e o de origem não imunológica, que defende que, durante a estocagem dos hemoderivados, há degradação celular que libera moléculas inflamatórias que, por sua vez, desencadeiam a TRALI. O tratamento consiste em medidas de suporte ventilatório que vão desde a oxigenoterapia suplementar até a ventilação mecânica e cuidados de terapia intensiva. Nesse último grupo de pacientes a morbidade é alta, podendo alcançar uma taxa de mortalidade alta, de 5% a 10%. Devido ao fato de a disfunção pulmonar aguda ser um achado inespecífico, TRALI é um diagnóstico de exclusão, essencialmente clínico e dependente de alto grau de suspeição. **Conclusão:** Apesar de ser um evento raro, a TRALI pode culminar com o óbito. Dessa forma, toda hemotransfusão deve ser avaliada os riscos-benefícios, pelas possíveis reações transfusionais. Dessa forma, a educação continuada com a aplicação sistemática dos protocolos pode diminuir transfusões desnecessárias e bem como as complicações a elas associadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1042>