

sangramentos (hematomas, petéquias e hemorragia digestiva), insuficiência respiratória e vulnerabilidade às infecções. O diagnóstico pode ser feito através da imunofenotipagem de sangue periférico. No caso, o paciente correspondeu ao cenário epidemiológico típico: fenótipo de SD, sexo masculino com início do quadro desde o nascimento. Apresentou todas as complicações mais comuns encontradas na literatura, evoluindo com insuficiência respiratória, insuficiência hepática, sangramentos, ascite e sepse neonatal precoce devido a maior susceptibilidade à infecção. A LT responde bem a quimioterápicos como citarabina, mas normalmente não é indicada pelo caráter transitório da doença. **Conclusão:** É essencial conhecer a LT-SD por sua relação com uma cromossomopatia muito comum na população. Conhecer a diversidade das suas manifestações e o seu comportamento transitório permite um diagnóstico preciso e mais eficiente, além de permitir a vigilância de recorrências a longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1089>

LINFADENOPATIA CRIPTOCÓCICA MIMETIZANDO LINFOMA PEDIÁTRICO NA AMAZÔNIA OCIDENTAL: UM RELATO DE CASO

FCF Santos, MS Bandeira, GF Santos, VP Paiva

Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco,
AC, Brasil

Introdução/objetivos: Apresentar um caso de linfadenopatia abdominal por criptococose mimetizando linfoma em pré-escolar. **Material e métodos:** Trata-se de estudo retrospectivo, descritivo, do tipo relato de caso. **Resultados:** Criança de 4 anos, masculino, imunocompetente, residente de zona rural do Acre, deu entrada no pronto atendimento com distensão abdominal e vômitos associados à história de febre vespertina, perda ponderal e palidez há 2 meses. Realizou-se hemograma e tomografia de abdome, revelando anemia importante (Hb 5 e Ht 20%), leucocitose (20800), eosinofilia (27%) e hepatoesplenomegalia associada a nódulos mesentéricos e para-aórticos. Foi estabilizado, tratado com ceftriaxona e encaminhado para enfermaria pediátrica para elucidação diagnóstica. Foi investigada tuberculose (exames negativos) e realizada avaliação da oncologia pediátrica, que classificou o quadro como inconclusivo. No 6º DIH, desenvolveu desconforto respiratório (com dessaturação, tosse produtiva, sibilos e crepitações), associado à leucocitose (15.500) às custas de segmentados, sem demais alterações laboratoriais. No 12º dia de internação, foi realizada laparotomia exploradora para identificar natureza da tumoração abdominal, evidenciando massa retroperitoneal volumosa na raiz do mesentério, desde o promontório até região perihilar hepática, com aspecto em carne de peixe, além de múltiplas lesões difusas em todo parênquima hepático e esplênico. O exame histopatológico, então, indicou infecção por criptococo. A partir de então, realizaram-se punção lombar, tomografia de crânio e sorologias para patógenos oportunistas; nenhum exame apresentava alteração. Quando arguida quanto à exposição do paciente a aves (reservatórios biológicos do criptococo), acompanhante respondeu que a criança tinha o

hábito de brincar “laçando” galinhas no quintal de casa. Iniciou-se anfotericina B, com melhora do estado geral e regressão da linfonodomegalia e hepatomegalia. **Discussão:** A criptococose em crianças imunocompetentes é incomum, havendo apenas 7 estudos na literatura sobre a condição. A infecção tem tropismo pelos sistemas nervosos e respiratório, com raros casos de linfadenopatia abdominal. O quadro clínico é insidioso e determinado pelo sistema acometido (convulsões/alteração de consciência ou desconforto respiratório), associado à leucocitose e eosinofilia. O caso apresentado segue o curso natural da doença, talvez revele uma forma até então pouco estudada: a adenopatia abdominal primária. Há apenas 2 casos relatados dessa condição, caracterizados por febre insidiosa, anemia, perda ponderal, náuseas, visceromegalia e massa abdominal palpável (similar ao nosso paciente) como sintomas iniciais da doença, associados aos demais comemorativos laboratoriais típicos de criptococose. Assim, fica evidente a similaridade clínica entre a criptococose, doenças onco-hematológicas pediátricas e até mesmo outros quadros infecciosos, como tuberculose. **Conclusão:** Nosso trabalho apresenta mais um diagnóstico diferencial para crianças com quadros insidiosos de febre, perda ponderal e linfadenopatia em um país em que doenças infecciosas são endêmicas e acometimentos onco-hematológicos são possíveis. Como limitação, apontamos o viés de memória inerente do tipo de estudo, que impossibilita a asseveração de que a criança não possuía quaisquer sintomas respiratórios anteriores aos abdominais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1090>

SOBRECARGA DE FERRO HEPÁTICA MODERADA EM CRIANÇAS COM BETA TALASSEMIA DEPENDENTE DE TRANSFUSÃO COM MENOS DE 3 ANOS DE IDADE

R Cerqueira^a, JL Fernandes^b, EE Miranda^a,
JAD Santos^a, SR Loggetto^a

^a Banco de Sangue de São Paulo – Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

^b Instituto de Pesquisa José Michel Kalaf, Radiologia Clínica de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Introdução/objetivos: Na beta Talassemia Dependente de Transfusão (TDT) a síntese da beta globina está diminuída ou ausente. As transfusões regulares de Concentrado de Hemácias (CH) ocorrem durante toda a vida, resultando em Sobrecarga de Ferro (SF) e Terapia Quelante de Ferro (TQF). A Ressonância Magnética (RM) é o melhor método para estimar os depósitos de ferro no corpo e é de grande auxílio no manejo da TQF. O ferro hepático (LIC) e cardíaco devem ser monitorados a partir dos 9 anos de idade; se a criança menor tolerar a RM sem sedação, também deve realizar o exame. Nosso objetivo é mostrar que crianças muito jovens já podem apresentar SF hepática importante. **Material e métodos:** Relato de 2 casos clínicos. **Resultados:** Caso 1. Menina, 7 anos, transfusões crônicas de CH desde 6 meses por beta TDT (Hb 6,8 g/dL, HbA2 2,2%, HbF 97,8%), heterozigose H63D. Transfusões a cada 3–4 semanas. Após 12 transfusões teve Ferritina Sérica