

^c Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Mossoró, RN, Brasil

Introdução: A síndrome hipereosinofílica idiopática (SHE) é uma condição rara marcada por uma desordem mieloproliferativa que resulta em um aumento contínuo na produção de eosinófilos. É caracterizado por uma contagem de eosinófilos $> 1.500 \text{ mm}^3$. Está associada a infiltração eosinofílica nos tecidos, levando a diversas repercussões sistêmicas. **Objetivos:** Descrever um caso clínico de síndrome hipereosinofílica idiopática (SHE) com manifestação de pneumonite intersticial, com o objetivo de ilustrar a complexidade do diagnóstico diferencial da eosinofilia e destacar a importância de reconhecer a SHE para uma abordagem diagnóstica e terapêutica adequada. **Metodologia:** Os dados foram obtidos através do prontuário eletrônico do paciente no dia 07/05/2024. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino de 53 anos, previamente hígida, iniciou quadro de febre, calafrios, tosse seca, inapetência, cansaço e leve dispneia em 21/07/2023. Em 23/07/2023, foi ao pronto atendimento com dispneia, hipoxemia e sibilância. Internada na UTI, foi diagnosticada com infiltrado pulmonar em vidro fosco e espessamento septal. Exames laboratoriais mostraram aumento de transaminases, troponinas e hipereosinofilia; ressonância cardíaca indicou sinais de miocardite. Recebeu alta após sete dias com melhora dos sintomas iniciais, mas desenvolveu lesões urticárias confluentes e prurido intenso uma semana depois, necessitando nova internação. Sorologias e autoanticorpos foram negativos. Ecocardiograma transtorácico e tomografia de tórax mostraram recuperação cardíaca e recuperação da pneumonite intersticial. Exames laboratoriais revelaram hipereosinofilia persistente, eosinófilos no sangue periférico eram de $1.782/\text{mm}^3$, transaminases e vitamina B12 estavam normais. A biópsia de pele mostrou infiltrado eosinofílico intenso, sem vasculite. Tratada com corticoides por nove dias, a paciente teve melhora do prurido e redução dos eosinófilos após dezesseis dias de tratamento. **Discussão:** A síndrome hipereosinofílica idiopática é definida pela presença persistente de eosinofilia elevada por um período mínimo de seis meses, sem identificação de uma causa subjacente após uma investigação diagnóstica extensiva. É associada a lesões em órgãos-alvos, que podem resultar em acometimento pulmonar, cardíaco e neurológico. Devido ao acometimento multi tecidual é de extrema importância o diagnóstico precoce. **Conclusão:** A síndrome hipereosinofílica (SHE) é uma condição desafiadora de diagnosticar, devido à sua baixa incidência e à sintomatologia inespecífica. Assim, é crucial realizar uma avaliação rigorosa em casos de eosinofilia persistente e possuir um conhecimento aprofundado para interpretar o quadro clínico, pois devido a sua repercussão sistêmica e infiltração tecidual que podem levar a lesões irreversíveis. Este caso reforça a importância de considerar a síndrome hipereosinofílica nos diagnósticos diferenciais de eosinofilia persistente, reforçando a necessidade de um diagnóstico precoce e de uma abordagem terapêutica abrangente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.254>

SÍNDROME DE SÉZARY: RELATO DE CASO

JWL Junior^a, IC Almeida^b, BK Medeiros^b, IC Medeiros^b, TRL Oliveira^b, SBC Fonetenele^c, AF Medeiros^a

^a Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC), Mossoró, RN, Brasil

^b Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE), Mossoró, RN, Brasil

^c Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), Mossoró, RN, Brasil

Introdução: A síndrome de Sézary (SS) é um linfoma cutâneo de células T (LCCTs), um raro linfoma não-Hodgkin que acomete a pele, dissemina pelo sangue e pode comprometer os linfonodos de todo o corpo e outros tecidos. Possui predomínio em homens idosos, correspondendo a cerca de 5% de todos os LCCTs. O tratamento de primeira linha é a fotoaferese extracorpórea (FEX) associada a corticoide, entretanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) disponibiliza como tratamento para SS o Metotrexato (MTX). **Objetivo:** Relatar caso de paciente diagnosticado com SS sem acesso ao tratamento de primeira linha, que tendo hepatotoxicidade com o MTX, fornecido pelo SUS, conseguiu por via judicial a FEX, tendo melhor resposta ao tratamento e fortalecendo a importância do tratamento mais adequado para a doença. **Material e métodos:** Foram coletados os dados clínicos/laboratoriais do prontuário do paciente em 19/06/2024. **Relato de caso:** JAF, 81 anos, masculino, hipertenso, diabético e coronariopata, foi encaminhado ao consultório médico com resultado de exame imunohistoquímico de biópsia da pele positivo para linfoma de células T do adulto/micose fungoide (CD20+/CD5+/CD4+/KI67+, epiderme com hiperqueratose e microabscessos de Pautrier). Refere que há 6 meses iniciou quadro de exantema pruriginoso associado a perda de peso, dando início a prednisona 20 mg há um mês, sem melhoras. Exames laboratoriais na primeira consulta (22/01/24): Hb 16,8 g/dL, leuco 53.800/mm³, segm 15.064/mm³, linf 25.824/mm³, plaq 257.000/mm³. Como conduta, o paciente deu início ao tratamento fornecido pelo SUS, com MTX intramuscular 1x/semana. No mês seguinte, o paciente retornou relatando náuseas e astenia após administração do MTX, sem melhora nas lesões cutâneas e com os seguintes exames: ureia 24,9 mg/dL, TGO 68 U/L, TGP 72 U/L, Hb 10,5 g/dL, leuco 55.400/mm³, segm 17.728/mm³, linf 33.240/mm³, plaq 141.000/mm³; mostrando hepatotoxicidade e falta de resposta ao MTX. Dessa forma, o MTX foi suspenso e foi solicitada FEX por via judicial, mantendo a prednisona 40 mg para controle de sintomas durante os meses de espera. O paciente iniciou a FEX e vem apresentando boa resposta ao tratamento de primeira linha. **Discussão:** A SS é uma variante leucêmica de um grupo raro e diversificado de LCCTs. Suas principais características clínicas são a eritrodermia, prurido intenso, linfadenopatia generalizada e hiperqueratose plantar/palmar. O diagnóstico é baseado em achados histológicos de biópsia da pele, como linfócitos T neoplásicos, microabscessos de Pautrier e hiperqueratose. Em lâmina hematológica são encontradas as

células de Sézary, linfócitos T anômalos com núcleo cerebri-forme. O tratamento mais adequado para a SS é a fotoaferese extracorpórea associada a corticoide, porém, o SUS não disponibiliza, induzindo o paciente a outros tratamentos sem tanta eficiência. **Conclusão:** O paciente apresentou sintomas clássicos da SS e, ao confirmar o diagnóstico, deu início ao protocolo disponibilizado pelo SUS. Porém, além de não ter resposta ao tratamento, o paciente teve hepatotoxicidade confirmada pelos exames. Com isso, a judicialização da FEX foi necessária. O início do tratamento mais eficiente fez com que o paciente apresentasse melhoras significativas. Por ser uma doença que costuma ter mau prognóstico, o diagnóstico precoce junto ao tratamento mais adequado é essencial para a vida do paciente, reforçando a necessidade de atualização de alguns protocolos do SUS.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.255>

NEUTROPENIA ASSOCIADA AO USO DE TOPIRAMATO: UM RELATO DE CASO

ALM Tavares^a, ALC Daraújo^b, LAE Pinto^a,
MBS Feijó^a, M Praxedes^a, NO Barbosa^a,
PDR Cividini^c, P Kuabara^d, RG Macieira^a

^a Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói,
RJ, Brasil

^b Faculdade Souza Marques, Brasil

^c Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de
Fora, MG, Brasil

^d Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio
de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivo: O relato de caso busca abordar um caso raro de neutropenia secundária ao uso de Topiramato, bem como enfatizar a importância de se atentar aos diagnósticos diferenciais e monitorar pacientes em uso prolongado do medicamento. **Método:** Os dados foram obtidos por meio do prontuário da paciente e revisão da literatura. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 24 anos, tabagista, admitida com quadro de odinofagia, cefaléia e febre de 38,7°C, há 1 dia, associado a leucopenia, em uso de topiramato como adjuvante de tratamento para emagrecimento. Previamente hígida, negava internações, cirurgias prévias ou uso de outros medicamentos. Os exames de admissão evidenciaram leucócitos 2100/mm³, neutrófilos de 252/mm³, hemoglobina 13,2, hematócrito 38,2, plaquetas 140.000, sorologia HIV negativo e exames bioquímicos normais. Ao exame, estava em bom estado geral, afebril, anictérica, com hipertrofia e hiperemia amigdalina bilateral, sem linfonodomegalias ou visceromegalias palpáveis. A TC de tórax, abdome e pelve foi normal. O topiramato foi suspenso e, após a coleta da hemocultura, foi iniciada antibioticoterapia empírica de largo espectro com Cefepime. Foi medicada com ácido fólico e vitamina B12. Apresentou boa evolução e teve alta após uma semana, com hemograma normal. **Discussão:** A neutropenia febril

severa, na qual o número de neutrófilos < 500/mm³, está associada a infecções graves, na maioria dos casos de origem bacteriana, que se disseminam rapidamente e cuja origem nem sempre é identificada. Grande parte dos casos é adquirida e relacionada à exposição a medicamentos, especialmente os quimioterápicos antineoplásicos. Entretanto, várias outras classes de drogas estão relacionadas a esta complicação infecciosa, como antibióticos, antiinflamatórios, antimaláricos, antiarrítmicos, antitiroideanos, psicotrópicos e anticonvulsivantes. O topiramato é um anticonvulsivante utilizado para o tratamento de epilepsias, prevenção de migrêneas e off-label para emagrecimento. Em sua bula, a neutropenia é descrita como uma reação muito rara, que ocorre em menos de 0,01% dos pacientes que utilizam esse medicamento, exigindo previamente a exclusão de outras causas, como neoplasias hematológicas, deficiência de B12 e folato, infecções virais, doenças autoimunes e síndromes genéticas. A correlação da história clínica da paciente, exames complementares e melhora da contagem de leucócitos e neutrófilos após a suspensão do fármaco durante a internação possibilitou a realização do diagnóstico de neutropenia secundária ao uso de medicamentos. **Conclusão:** A neutropenia febril é uma emergência médica cuja causa, com frequência relacionada a mielotoxicidade causada por um medicamento, pode ser estabelecida através de uma anamnese cuidadosa a fim de que o tratamento seja prontamente iniciado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.256>

SÍNDROME DE POEMS ASSOCIADO A DOENÇA DE CASTLEMAN

JWL Júnior^a, BK Medeiros^b, IC Almeida^b,
IC Medeiros^b, TRL Oliveira^b, SBC Fontenele^c,
AF Medeiros^a

^a Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer
(LMECC), Mossoró, RN, Brasil

^b Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de
Mossoró (FACENE), Mossoró, RN, Brasil

^c Universidade Federal Rural do Semi-Árido
(UFERSA), Mossoró, RN, Brasil

Introdução: A doença de Castleman (DC, hiperplasia linfonodal angiofolicular) descreve um grupo heterogêneo de distúrbios linfoproliferativos que compartilham características histopatológicas comuns. Ela é dividida em 3 tipos: Castleman unicêntrico (UCD), que envolve um ou mais linfonodos aumentados em uma única região do corpo; Castleman multicêntrico (MCD), que envolve várias regiões de linfadenopatia, e é subdividido em MCD associada a HHV-8, que é causada pela infecção por Herpesvírus Humano 8 (HHV-8) em indivíduos acometidos por HIV; MCD HHV-8 negativo/idiopático (iMCD), que acomete pacientes com HHV-8 negativo. A DC também está associada a várias doenças malignas, incluindo linfoma não-Hodgkin, linfoma de Hodgkin e síndrome POEMS (caracterizada