

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 migrações 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