

células de Sézary, linfócitos T anômalos com núcleo cerebriforme. 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 amigdaliana 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

por polineuropatia periférica, organomegalia, endocrinopatia, proteína monoclonal e alterações cutâneas). **Objetivo:** Relatar caso clínico sobre iMCD que foi tratada com corticoide e rituximabe sem resposta e após 4 anos a paciente evoluiu com a associação da doença de POEMS. **Metodologia:** Dados obtidos em prontuário eletrônico da paciente no dia 29 de julho de 2024. **Relato de caso:** MISM, 60 anos, feminino, com HAS e histórico de doenças leucêmicas na família; diagnosticada em 2020 com DC, que se iniciou com lesões de pele, dores abdominais e linfonodo; realizou biópsia que foi compatível com iMCD. Fez tratamento com prednisona e rituximabe em 4 ciclos entre 2020 e 2023, sem sucesso e sem melhora dos sintomas. Ocorreu novas manifestações clínicas, como febre, dores articulares, ataxia, parestesia em membros superiores e inferiores, perda de peso, hipotireoidismo e insuficiência ovariana. Em 2024, buscou novo hematologista, relatou suas queixas e tratamentos anteriores, apresentou exames laboratoriais realizados em dezembro de 2023, com os resultados: Hb: 10.5; VCM: 86.5; Leuco: 9500; Plaquetas: 289000; Ur: 29.3; Cr: 0.99; PCR: 214.45; Eletroforese de proteínas com pico monoclonal 3.6% (0.43); FREELITE kappa 91.87 sugestivo de Gamopatas monoclonais. Foi solicitado eletro-neuromiografia de 4 membros, que confirmou a polineuropatia, mielograma, imunofenotipagem e GVF1, confirmando a síndrome de POEMS. No dia 18 de abril deu início ao tratamento com VCD, na Liga Mossoroense de Estudo e Combate ao Câncer, onde realizou 2 ciclos do tratamento, apresentando melhora do pico monoclonal e dos sintomas. No entanto, a mesma teve complicações, como pneumonia, colecistite e quadro neurológico importante, com perda de memória e hemiparesia, ela buscou o pronto socorro suspeitando de AVC, foi descartado após ressonância magnética mostrar lesões cerebrais secundárias a neoplasia e segue em investigação acerca dessa nova descoberta. **Discussão:** A DC por ser uma entidade rara e heterogênea, tem o seu diagnóstico dificultado. Somado a isso, a associação dessa patologia com a síndrome de POEMS se revela um desafio pelo quadro clínico inespecífico, exigindo, assim, o uso de exames, como eletroforese de proteínas séricas, imunohistoquímica e bioquímica em paciente com iMCD. **Conclusão:** A identificação da correlação da DC com a síndrome de POEMS confere uma complexidade para a clínica do paciente, prejudicando o início do tratamento do enfermo e, conseqüentemente, o seu prognóstico. Nesse sentido, é necessária uma abordagem voltada para o diagnóstico precoce da síndrome de POEMS, haja vista a sua forte associação a MCD.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.257>

HEMATOLOGIA LABORATORIAL

INTERVALOS DE REFERÊNCIA DOS ÍNDICES HEMATOLÓGICOS NO ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO ADULTO (ELSA-BRASIL)

NA Almeida^a, SM Barreto^b, LGR Ferreira^a,
CB Maluf^b, P Vidigal^b, RC Figueiredo^a,
DRA Rios^a

^a Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ),
Divinópolis, MG, Brasil

^b Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas da
Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG),
Belo Horizonte, MG, Brasil

Objetivo: Determinar os intervalos de referência (IR) de índices hematológicos derivados de parâmetros do hemograma em indivíduos saudáveis. **Material e métodos:** Este estudo incluiu participantes da linha de base de Minas Gerais e Rio Grande do Sul do estudo ELSA-Brasil com informações do hemograma. Foram excluídos participantes com proteína C reativa (PCR) > 10 mg/dL; que auto relataram: problemas de saúde nas últimas 12h, uso de medicamento contínuo, saúde regular, ruim, muito ruim, diabetes mellitus, hipertensão arterial, doença cardiovascular, doença hepática, câncer e tabagismo; obesidade (IMC \geq 30 kg/m²), taxa de filtração glomerular < 60 mL/min e com subtipos leucocitários fora do IR estabelecido pela Pesquisa Nacional de Saúde. Os índices avaliados foram: razões neutrófilos/linfócitos (RNL), plaquetas/linfócitos (RPL), linfócitos/monócitos (RLM), neutrófilos/global leucócitos – neutrófilos (dNLR) (derived NLR), neutrófilos x monócitos/linfócitos (índice de resposta à inflamação sistêmica - SIRI), neutrófilos x monócitos x plaquetas/linfócitos (índice agregado de inflamação sistêmica - AISI), plaquetas x neutrófilos/linfócitos (índice de imunoinflamação sistêmica - SII). O teste de Dixon foi utilizado para verificar outliers e o teste Kolmogorov-Smirnov para avaliar a distribuição. O IR correspondeu ao intervalo entre os percentis 2,5 e 97,5. O teste Mann Whitney verificou diferenças entre subgrupos de sexo e idade e indicar IR específica para faixa etária e sexo pela estatística de Harris/Boyd. **Resultados:** Após aplicar os critérios de exclusão, a amostra analítica totalizou 759 indivíduos dos 5.176 avaliados. A maioria era homem (54%), com idade entre 35-59 anos (92%). Nenhum parâmetro apresentou relação estatística ($p < 0,05$) com a idade. Quanto ao sexo, os valores das medianas da RML e SIRI foram estatisticamente maiores nos homens e RPL, RLM e SII nas mulheres. Os IR foram categorizados apenas para os parâmetros que atenderam a pelo menos um critério da abordagem estatística Harris/Boyd e as recomendações do documento C28A3 do *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI). Os IR obtidos foram: RNL [0.84-3.77]; RLM [1.95-7.39]; dNLR [0.65-2.50]; SIRI [0.29-2.19]; AISI [61.72–521.60]; SII [168.17-871.72]; RPL [mulheres: 75.99–236.34; homens: 69.31–206.10]; RML [mulheres: 0.13–0.45; homens 0.15–0.53]. **Discussão:** Os índices hematológicos derivados do hemograma têm sido estudados em muitos contextos clínicos, como nas doenças cardíacas e neoplásicas, porém ainda não há pontos de cortes ou IR para auxiliar seu uso. Esse estudo é pioneiro, propondo IR para estes índices em uma população brasileira saudável. Limitações incluem amostra restrita a adultos com \geq 35 anos, da coorte ELSA que não inclui extremos da hierarquia social do país. **Conclusão:** Devido à qualidade dos dados do ELSA-Brasil foi possível garantir que uma amostra de referência saudável fosse selecionada e estabelecidos os IR para os índices hematológicos derivados do hemograma. Nossos resultados podem ser úteis