

Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP, Brasil

Introdução: A criptococose é uma infecção fúngica invasiva provocada por *Cryptococcus neoformans* ou *Cryptococcus gattii*; sendo o primeiro o mais comum. Meningoencefalite e broncopneumonia são as apresentações clínicas mais comuns. É uma condição mais prevalente em pacientes HIV positivos, sobretudo com Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Linfoma de Hodgkin (LH) é neoplasia maligna B linfoproliferativa, histologicamente caracterizada por infiltração de células Reed-Stenberg, com potencial de imunossupressão secundário a estado inflamatório crônico e invasão medular. Há poucos relatos de casos com a associação criptococose e Linfoma de Hodgkin, sendo que nesses, a maioria dos pacientes apresentam tempo de diagnóstico maior que 1 ano, estágio IV e linfopenia. **Descrição do caso:** Paciente de 54 anos, masculino, sem comorbidades prévias, diagnóstico recente de Linfoma de Hodgkin (Ann Arbor: IVBx, acometimento de medula óssea). No 21º dia do primeiro ciclo de ABVD (Doxorrubicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina) interna com quadro de confusão mental, neutropenia com ausência de febre. Tomografia de crânio com hidrocefalia supratentorial discreta não comunicante; análise de líquor com baixa celularidade, hipoglicorraquia, proteinorraquia normal, tinta da China positiva e cultura com crescimento de *Cryptococcus neoformans*; além de hemoculturas evidenciando o mesmo microorganismo. Iniciado anfotericina associada a fluconazol além de antibiótico de amplo espectro (por conta de neutropenia febril) porém paciente evolui a óbito secundário a hipertensão intracraniana e sepse. **Conclusão:** *Cryptococcus* spp. é um fungo encapsulado associado a infecções oportunistas em pacientes imunossuprimidos. Possui incidência global de 1 milhão casos/ano, sendo 90% desses casos relacionados a SIDA; em casos de pacientes oncológicos, 82% são neoplasias de origem hematológica e 54% destes possuem linfoma. Na abordagem diagnóstica, é importante a realização de exames de imagem de crânio para avaliar sinais de hipertensão intracraniana além de punção lombar com análise citológica, bioquímica, tinta da China e cultura. O diagnóstico definitivo é feito com positividade da cultura ou anatomopatológico com *Cryptococcus* spp. O tratamento de primeira escolha é feito em 3 etapas: indução com Anfotericina lipossomal B 3 mg/kg/dia endovenosa associado a Flucitosina 100 mg/kg/dia oral de 6/6 horas (na indisponibilidade desse último, pode-se usar fluconazol 1200 mg/dia) por pelo menos duas semanas; consolidação com Fluconazol 400 a 800 mg/dia via oral ou endovenosa por pelo menos oito semanas seguida de manutenção Fluconazol 200 a 400 mg/dia de seis a doze meses. Durante o tratamento é importante a monitorização da pressão intracraniana, sendo indicado drenagem se pressão for maior que 20 cmH₂O. A mortalidade varia entre 20-40% dos casos. A criptococose é uma das infecções oportunistas mais comuns, majoritariamente associados a pacientes portadores de SIDA, porém pode estar presente em outras formas de imunossupressão ou até mesmo em paciente imunocompetentes. Dentro dos casos associados a neoplasias malignas, há um predomínio de doenças hematológicas com destaque para os linfomas. É uma condição com alta morbimortalidade e, dessa forma, o diagnóstico diferencial em pacientes soronegativos com neoplasias

hematológicas deve ser destacado a fim de tentar aumentar a sobrevida destes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104273>

ID – 3320

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE SEPSE POR HEMATOSCOPIA EM TEMPO REAL: REVISÃO NARRATIVA E ANÁLISE CRÍTICA DA EVIDÊNCIA ATUA

JP De Farias Martins, B Passos Sobreiro, C Souza de Lima, M Braga Moreira Alves

Laboratório Santa Casa de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil

Introdução: A sepse é uma condição grave, com resposta inflamatória desregulada a infecção, causando disfunção orgânica fatal. O diagnóstico rápido reduz a morbimortalidade. A hematoscopia com sangue sem EDTA permite análise morfológica imediata e é uma estratégia de baixo custo e alta sensibilidade para detectar alterações precoces, especialmente em neutrófilos. **Objetivos:** Avaliar evidências sobre a hematoscopia como ferramenta precoce para diagnóstico da sepse, focando em alterações morfológicas de neutrófilos e correlação com biomarcadores e desfechos clínicos. **Material e métodos:** Revisão narrativa nas bases Science Direct e SciELO (março-julho/2025), com descritores: sepsis, blood smear, neutrophil morphology, toxic granulation, vacuolization, left shift, procalcitonin e vacuolização em neutrófilos. Incluíram-se estudos 2007–2025, excluídos modelos animais. **Discussão:** Alterações morfológicas em neutrófilos indicam infecção bacteriana aguda e são comuns na sepse. Vacuolização citoplasmática, ligada à fagocitose e endotoxinas, é frequente em hemoculturas positivas (SILVA; COSTA, 2020; GOMES, 2022). Granulação tóxica, da liberação de grânulos primários, ocorre em infecções graves (REIS et al., 2019; SILVA; COSTA, 2020). Corpúsculos de Döhle, inclusões de RNA, refletem a ativação da granulopoiese (GOMES, 2022). A presença simultânea de vacúolos, bastonetes e corpúsculos reforça o diagnóstico. O desvio à esquerda pode preceder leucocitose (FERREIRA et al., 2023; MEDEIROS et al., 2020). Em casos graves, leucopenia ocorre por exaustão medular (LIMA et al., 2020). A hematoscopia identifica essas alterações antes da elevação de biomarcadores como PCR e procalcitonina, detectáveis 6–12h após início da inflamação (FERREIRA et al., 2023). A associação morfologia-biomarcadores aumenta sensibilidade e especificidade diagnóstica (VASCONCELOS, 2016). O diagnóstico precoce é essencial para intervenções eficazes. Apesar do uso do hemograma, a leitura da lâmina periférica é subutilizada em emergências (VASCONCELOS, 2016). A hematoscopia oferece avaliação celular em tempo real, antecipando o diagnóstico antes dos biomarcadores. Estudos indicam incorporação em suspeitas clínicas não confirmadas por métodos lentos (REIS et al., 2019). Centros que adotaram a técnica relataram redução de 2–4h no início da antibioticoterapia e menor mortalidade hospitalar, especialmente com integração clínica-laboratorial (SILVA; COSTA, 2020; GOMES,

2022). **Conclusão:** Hematoscopia logo após a coleta é ferramenta sensível para diagnóstico precoce da sepse. Alterações como vacuolização, granulação tóxica, corpúsculos de Döhle e desvio à esquerda aparecem antes da elevação dos biomarcadores. Sua adoção em protocolos emergenciais é viável, de baixo custo e de potencial impacto na morbimortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104274>

ID – 2800

DIFERENÇAS NA RESPOSTA IMUNE DA SÍNDROME E WISKOTT ALDRICH E DA TROMBOCITOPENIA LIGADA AO X E SUAS POSSÍVEIS IMPLICAÇÕES PARA INDICAÇÃO AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH)

LGR De Lima ^a, JO Frade-Guanaes ^a,
RSW Di Gesu ^b, LH Siqueira ^a,
GG Yamaguti-Hayakawa ^a, MMS Vilela ^c,
MC Ozelo ^a

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia
(Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas
(UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

^b Hospital da Criança Conceição (HCC), Porto
Alegre, RS, Brasil

^c Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências
Médicas (FCM), Universidade Estadual de
Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: A síndrome de Wiskott-Aldrich (WAS) é uma imunodeficiência rara que decorre de mutações no gene da proteína da síndrome de Wiskott-Aldrich (WASp), acarretando prejuízos nas funções de linhagens hematopoiéticas, incluindo plaquetas e leucócitos. O fenótipo clínico é categorizado em cinco níveis, variando conforme gravidade das manifestações, onde escore clínico até 2 é considerado a forma leve da doença. Até o momento, a única alternativa curativa para a doença é o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). **Objetivos:** Nesse estudo, avaliamos as diferenças entre o perfil de citocinas de pacientes com WAS, correlacionando com o grau de severidade clínica, de forma a entender possíveis diferenças imunológicas que podem contribuir para a indicação do TCTH. **Material e métodos:** Foram incluídos pacientes diagnosticados com WAS, classificados com diferentes fenótipos, incluindo a trombocitopenia ligada ao X (XLT), que corresponde a forma mais leve da WAS. As características clínicas foram correlacionadas com o perfil da resposta imune analisada in vitro a partir de células mononucleares do sangue periférico (PBMCs) coletadas dos participantes e controles saudáveis. As células foram semeadas em placas de 96 poços contendo meio RPMI-1640, e cultivadas por 24 horas sob estímulo com LPS, IL-1 β e IL-2. O tráfego intracelular foi bloqueado 6 horas antes do ensaio, e as células foram então marcadas com anticorpos específicos que avaliaram a resposta imune por meio de citometria de fluxo (utilizando citômetro CytoFlex). Foram avaliadas as respostas de células CD4+, CD8+ e CD19+, incluindo a frequência de citocinas

específicas (IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17A, IL-21, TNF- α , FoxP3 e perforina). **Resultados:** Cinco pacientes foram incluídos. Três com fenótipo XLT (escores clínicos 1-2), com mediana de idade de 13 anos (mín-máx: 11-18) sendo dois acompanhados longitudinalmente em nosso centro por 10 anos, que não realizaram TCTH. O estudo incluiu outros dois pacientes de 1 anos e 6 meses, e 2 anos e 1 mês de idade, com WAS (escores clínicos 3 e 5, respectivamente) e que aguardam realização de TCTH. Todos os pacientes possuem plaquetopenia persistente, com mediana de $29,7 \times 10^3$ cel./ μ L (mín-máx: $12-56 \times 10^3$ cel./ μ L), epistaxe, equimoses e hematoquezia. Os pacientes com XLT manifestaram menor índice de infecções recorrentes quando comparados com os pacientes WAS (incluindo presença de eczema, infecções graves e autoimunidade nos pacientes WAS, e infecções respiratórias moderadas nos pacientes XLT). Ao comparar com amostras de dez controles saudáveis, as análises do PBMCs por citometria de fluxo demonstraram menor frequência de células T CD8+ em pacientes XLT e WAS em comparação aos controles ($p=0,008$), maior frequência de IL-2 ($p=0,02$), bem como menor frequência de células B de memória (CD19+CD27+CD38+, $p=0,03$). No entanto, ao analisar as amostras de pacientes com WAS em comparação aos indivíduos com XLT, foi observado menor resposta de células Bregs IL10+ (CD19+CD24+CD38+) e maior produção de IL-21 (13 vezes maior do que o grupo XLT) nos pacientes com WAS. **Discussão e conclusão:** Embora pacientes WAS apresentem maior comprometimento imunológico com maior produção de IL-21 e menor resposta B reguladora, indivíduos com XLT também exibem alterações imunes relevantes e o TCTH não pode ser descartado mesmo em formas mais leves da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104275>

ID - 2018

DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN COM ACOMETIMENTO ÓSSEO: UM RELATO DE CASO

VBD Rodrigues, IG Flores, PDS Tolentino,
GBC Negreiros, BL Costa, ML Teles, JC Oliveira,
LC Ferreira, RFP Mendes, RS Vasconcelos

Hospital de Base do Distrito Federal (HDBF),
Brasília, DF, Brasil

Introdução: A doença de Rosai-Dorfman (DRD) é um distúrbio histiocítico raro que se apresenta mais frequentemente como linfadenopatia cervical bilateral indolor em crianças e adultos jovens. Sintomas B podem estar presentes em um terço dos pacientes. Doença extranodal ocorre em 43% dos casos, principalmente na cavidade nasal (11%), pele (10%) e osso (5 a 11%). O envolvimento ósseo geralmente é através de lesões líticas com margens escleróticas bem definidas, e está associado à doença nodal em 10% dos casos. A DRD pode ocorrer de forma isolada ou em associação a doenças autoimunes, hereditárias e malignas. Este relato objetiva descrever um caso de DRD com acometimento ósseo sintomático e resposta satisfatória ao uso de glicocorticoide. **Descrição do caso:**