



**20°** CONGRESSO  
BRASILEIRO DE  
**Infectologia  
Pediátrica**  
DE 14 A 17 DE NOVEMBRO • SALVADOR/BA

## Trabalhos Científicos

**Título:** Linfocitose Hemofagocítica Em Lactente Com Leishmaniose Visceral: Relato De Caso

**Autores:** Diego Moreira de Aguiar; Leônidas Lopes Braga Júnior; Mônica Elinor Alves Gama; Fabricio Silva Pessoa

**Resumo:** A leishmaniose visceral é uma protozoose, que acomete células do sistema hemofagocítico, causada pelo *Leishmania infantum* chagasi. A multiplicação das formas amastigotas pode levar a quebra da homeostase no sistema imune, resultando em ativação imunológica Th1 excessiva, culminando em tempestade de citocinas e em consequente redução da citotoxicidade linfocitária. Esse evento resulta em uma condição rara e potencialmente fatal, denominada linfocitose hemofagocítica. J.D.S.S, 5 meses, masculino, natural e residente em Santa Inês, procedente de hospital pediátrico na capital do Maranhão. Em Março/ 2016, paciente foi internado por gastroenterite, tendo alta após 5 dias, por melhora do quadro. Manteve febre por 20 dias + distensão abdominal progressiva, evoluindo com desvio da comissura labial à direita, ptose palpebral ipsilateral, letargia e anasarca, sendo novamente internado. No dia seguinte, manteve-se letárgico, sendo transferido para hospital pediátrico municipal em São Luís-MA. Foi submetido a exames: pancitopenia com neutropenia, distúrbio de coagulação, hipoalbuminemia, teste rápido para calazar negativo, mielograma +++/+4 de formas amastigotas livres de *Leishmania* sp. Diagnosticado com calazar grave e neutropenia febril, iniciou Anfotericina B lipossomal, Vitamina K, Ceftriaxona e Oxacilina. Recebeu um concentrado de hemácias durante esta internação, cursando com secreção “em borra de café” em SOG. Passados 3 dias, foi submetido a CVC e transferido à unidade de doenças infectoparasitárias em hospital de assistência terciária desta mesma cidade. Admitido em EGG, obnubilado, descorado ++/+4, taquipneico, em anasarca, taquicárdico, fígado a 6 cm do RCD e baço a 10 cm do RCE, com paralisia facial periférica. Iniciou infusão de concentrado de hemácias, plaquetas e plasma fresco congelado. No dia seguinte, evoluiu com otorréia purulenta + otorragia bilateralmente, sangramento por VAS, sendo transferido para UTI pediátrica. Foi intubado e ficou sob sedação contínua. Concluiu tratamento para calazar e fez investigação para síndrome hemofagocítica: hiperferritinemia, hipofibrinogenemia, anemia, e plaquetopenia severa. Iniciou tratamento específico para esta síndrome de acordo com o protocolo HLH-2004 com imunoglobulina humana + dexametasona intravenosa + sulfametoxazol + trimetoprim por SNE. Desde então paciente evoluiu com melhora significativa do quadro, porém mantendo plaquetopenia < 50.000/mm<sup>3</sup>, sem indicação para punção líquórica e início de ciclosporina, recebendo alta após 16 dias de internação na UTI, sendo transferido para enfermaria de DIP. Após 48 dias de internação neste serviço, evoluindo com melhora clínica e laboratorial, recebeu alta. Em Julho/2016 readmitiu para infusão de imunoglobulina humana, recebendo alta com orientações para seguimento ambulatorial. Esteve em consulta no SAE pediátrico em duas ocasiões, aos 6 e 12 meses após o fim do tratamento, com fígado e baço impalpáveis, recebendo alta da infectologia pediátrica.