



Síndrome hemofagocítica: uma possível complicação da COVID-19

Lucas Tadashi Wada Amaral¹, Eduardo Kaiser Ururahy Nunes Fonseca¹,
Márcia Jacomelli², Gilberto Szarf¹, Rodrigo Caruso Chate¹

Um paciente do sexo masculino, fumante de 62 anos de idade, alcoólatra e diabético, estava recebendo tratamento para mediastinite após revascularização cirúrgica do miocárdio quando, apesar da melhora geral, apresentou piora do padrão respiratório e necessitou de intubação endotraqueal. O paciente foi submetido a TC de tórax, e os achados foram consistentes com COVID-19 (Figuras 1A e 1B), posteriormente confirmada por RT-PCR. Dezesete dias depois do diagnóstico de COVID-19, o paciente apresentou pancitopenia e aumento dos níveis de ferritina e da expressão do receptor de IL-2. Suspeitou-se, portanto, de síndrome hemofagocítica (SHF). O mielograma confirmou o diagnóstico de SHF. O tratamento consistiu em imunoglobulina i.v. durante dois dias. Treze dias depois do diagnóstico de SHF, o paciente apresentou diminuição da saturação de oxigênio

e taquipneia. Uma nova TC de tórax mostrou novas lesões pulmonares escavadas sobrepostas aos achados pulmonares consistentes com COVID-19 (Figuras 1C e 1D). A broncoscopia revelou tecido necrótico friável e infecção brônquica por *Aspergillus fumigatus* (Figura 1E). O paciente passou a receber tratamento com anidulafungina, na tentativa de conter a infecção fúngica; entretanto, em virtude da gravidade de sua doença, morreu três dias depois do início do tratamento.

A SHF é uma complicação rara e grave caracterizada por febre, hepatoesplenomegalia, citopenias e macrófagos ativados nos órgãos hematopoiéticos. Está frequentemente relacionada com doenças infecciosas e pode aumentar o risco de infecções oportunistas.⁽¹⁾ Novas evidências indicam que a SHF pode ocorrer no contexto da COVID-19,^(2,3) com prognóstico ominoso.

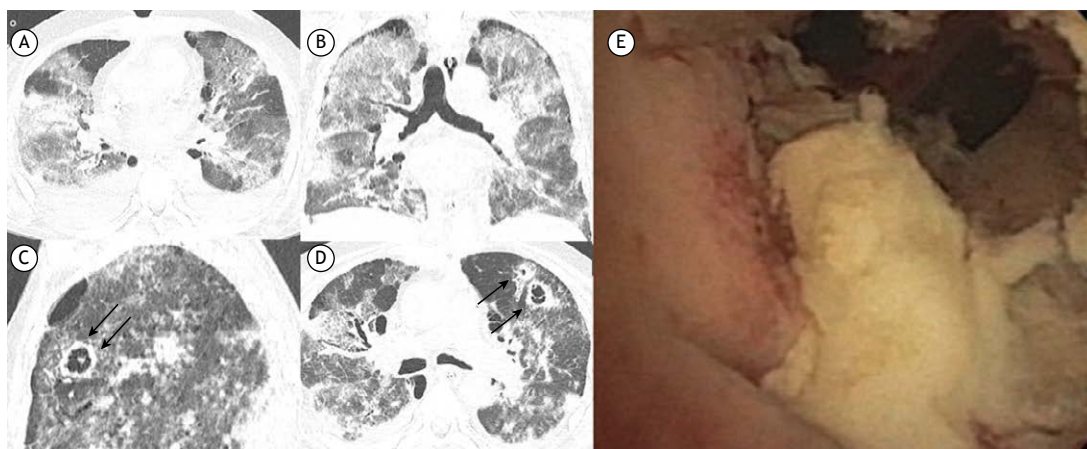


Figura 1. Em A e B, respectivamente, TC axial e coronal de tórax mostrando extensas opacidades em vidro fosco bilaterais, associadas com reticulação fina e pequenos focos de consolidação, consistentes com COVID-19. Notar também derrame pleural bilateral. Em C e D, respectivamente, TC sagital e axial de tórax mostrando lesões pulmonares escavadas (setas) no lobo superior esquerdo sobrepostas aos achados pulmonares de COVID-19. Em E, achados broncoscópicos de tecido necrótico macroscópico e secreção amarelada, sugerindo a presença de colonização fúngica.

REFERÊNCIAS

1. Balci YI, Özgürler Akpınar F, Polat A, Kenar F, Tesi B, Greenwood T, et al. A Hemophagocytic Lymphohistiocytosis Case with Newly Defined UNC13D (c.175G>C; p.Ala59Pro) Mutation and a Rare Complication. *Turk J Haematol.* 2015;32(4):355-358. <https://doi.org/10.4274/tjh.2014.0416>
2. Moore JB, June CH. Cytokine release syndrome in severe COVID-19. *Science.* 2020;368(6490):473-474. <https://doi.org/10.1126/science.abb8925>
3. Faguer S, Del Bello A, Abravanel F, Nicolau-Travers ML, Kamar N. Tocilizumab for Hemophagocytic Syndrome in a Kidney Transplant Recipient With COVID-19 [published online ahead of print, 2020 May 18]. *Ann Intern Med.* 2020;10.7326/L20-0419. <https://doi.org/10.7326/L20-0419>

1. Grupo de Radiologia Cardiorádica, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo (SP) Brasil.
2. Grupo do Centro de Endoscopia Respiratória, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo (SP) Brasil.