

após 24 dias do diagnóstico. **Discussão:** Is-Ert são rosetas que consistem em um macrófago central cercado por pelo menos uma camada de precursores eritróides em contato íntimo com o citoplasma do macrófago. Este macrófago central, denominado célula “enfermeira”, pode apoiar o desenvolvimento eritróide, fornecendo hematócitos reciclados e impedindo a apoptose dos precursores eritróides. Estudos progressos postularam que a redução das Is-Ert pode ser a única alteração patológica na eritropoiese em uma minoria de pacientes com SMD. Na maioria dos pacientes com SMD, a densidade numérica de Is-Ert parece normal ou aumentada, e este aumento associado com maturação prejudicada ou apoptose aumentada de precursores eritróides e consequente aumento da eritropoiese em muitos desses pacientes. A perda das Is-Ert parece ser a principal alteração patológica da eritropoiese antes da ocorrência de anemia grave dependente de transfusão. A falha desse mecanismo compensatório parece ser um fator prognóstico desfavorável independente, não apenas no que diz respeito ao risco de dependência transfusional, mas também ao risco de LMA e ao menor tempo de sobrevivência. Considerando esse cenário, a relevância de Ery-Is e suas alterações na anemia e prognóstico na SMD parecem ter sido, até agora, subestimadas. No presente relato, o excesso de Is-Ert pode refletir um sinal de estresse eritropoiético relacionado ao aumento da eritropoiese na leucemia eritroblástica aguda. **Conclusão:** Devido o importante papel das Is-Ert na eritropoiese, maiores estudos são primordiais para esclarecer sua atuação na evolução de doenças como SMD e Leucemia Agudas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.730>

729

#### INTERFERÊNCIA DE MACROPLAQUETAS NOS VALORES REAIS NA AUTOMAÇÃO, RELATO DE CASO



M.A.F. Chaves, B. Silva, S.L. Utzig, B.M. Klauck, N.A. Hora, F. Rigon, L.F. Corbari, M.F. Barros, J. Plewka

*Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brazil*

**Objetivo:** Investigar alterações hematológicas em um caso clínico de bicitopenia crônica em uma gestante. **Metodologia:** Para este relato foram coletados os dados do prontuário eletrônico Tasy®, referentes ao período de internação e acompanhamento da paciente. **Relato de caso:** Caracteriza-se caso de paciente mulher de 33 anos de idade, residente no município de Cascavel-PR, não etilista, não tabagista, encaminhada de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade ao hospital de referência para internamento por quadro de bicitopenia (anemia + plaquetopenia), advinda com suposto diagnóstico feito por hematologista de paciente com Doença de Bernard Soulier, Doença de Von Willebrand ou PTI (Trombocitopenia Imune Primária). Aos 6 anos de idade a paciente refere-se à primeira transfusão (não soube especificar conteúdo), sendo que posteriormente seguiu com transfusões em episódios de exacerbações, sendo medicada com corticoterapia, porém, refratária ao tratamento. Apre-

senta histórico familiar de discrasia sanguínea (irmão gêmeo falecido por complicação hemorrágica pós traumática), filha de pais consanguíneos (pais primos). Exames laboratoriais: Plaquetometria de 34.000 mm<sup>3</sup> com macroplaquetas 1+, Anisocitose Plaquetária 1+, além de alterações eritrocitárias como Anisocitose 1+, Microcitose 2+, Poiquilocitose 1+, Codócitos 1+, Hipocromia 1+, Hemoglobina de 10,2 g/dL, VCM 71,7 fL, RDW 15,5%, leucograma sem particularidades, sorologias para HIV, toxoplasmose e sífilis, foram não reagentes. **Discussão:** Atualmente a contagem de plaquetas geralmente é feita por aparelhos eletrônicos, porém não se descartou o uso do microscópio. A maioria dos aparelhos automatizados conta e mede as plaquetas pelo princípio Coulter, no mesmo canal de contagem dos eritrócitos, tendo como diferença entre ambos apenas o limiar de volume, normalmente plaquetas são menores do que 20 fL e já os eritrócitos são maiores do que 30 fL. A presença de plaquetas gigantes, que em algumas trombocitopatias genéticas podem chegar a 35–40 fL, exigindo o retorno ao método de contagem manual. No método indireto, as plaquetas são contadas junto com as hemácias, ou seja, no mesmo esfregaço onde posteriormente calcula-se os valores de plaquetas. Com a correção dos valores de plaquetas da paciente, verificou-se uma pseudotrombocitopenia, pois observou-se um grande número de plaquetas gigantes e macroplaquetas. Após a contagem manual (soma das plaquetas de 10 campos na objetiva de imersão e multiplicado por 13.800), comprovou-se uma falsa plaquetopenia causada pela diferença limiar de volume do aparelho automático, sendo contado como leucócitos. **Conclusão:** No presente estudo, pode-se observar a grande importância do analista clínico na interpretação dos resultados obtidos na automação com a visualização no microscópio, tendo-se como essencial a confecção das lâminas, levando assim a um diagnóstico correto e essencial para evitar erros analíticos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.731>

730

#### LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA EM PACIENTE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE CASO



M.A.F. Chaves, S.L. Utzig, B.M. Klauck, L.F. Corbari, N.A. Hora, F. Rigon, B. Silva, M.F. Barros, J. Plewka

*Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brazil*

**Objetivo:** Verificar alterações hematológicas de uma paciente diagnosticada com leucemia linfóide aguda (LLA), bem como a evolução da patologia. **Metodologia:** Para este relato foram coletados os dados do prontuário eletrônico Tasy®, referentes ao período de internação e acompanhamento da paciente. **Relato do caso:** Paciente mulher, com 56 anos de idade, deu entrada no HUOP após encaminhamento da cidade de Quedas do Iguaçu. Relata cefaleia anterior, mal-estar generalizado e presença de hematomas e equimoses no corpo. Possui histórico de equimoses e plaquetopenia. O hemograma apresentou uma hemoglobina de 7,4 g/dL,