

para realização de esplenectomia. A paciente, no entanto, mantinha contagem plaquetária inferior a 10.000/uL, motivo pelo qual foi tentado novo curso de imunoglobulina antes do procedimento cirúrgico, sem resposta (melhor contagem plaquetária 35.000/uL com duração de 24 horas), inviabilizando realização segura de esplenectomia. Foi então optado pela realização de embolização de artéria esplênica como terapia ponte para esplenectomia. A embolização foi realizada sem intercorrências, com incremento rápido e progressivo da contagem plaquetária (superior a 100.000/uL após 4 dias do procedimento), possibilitando a realização de esplenectomia laparoscópica. Após esplenectomia, a paciente evoluiu com normalização da contagem plaquetária, tendo então recebido alta hospitalar para seguimento ambulatorial. **Discussão:** A eficácia em longo prazo das diferentes terapias de segunda linha para PTI não foi comparada diretamente, portanto, as decisões de tratamento ainda são feitas sem suporte de evidência científica de qualidade. A esplenectomia remove o sítio primário de eliminação de plaquetas e produção de auto-anticorpos. Apesar da variedade de opções terapêuticas farmacológicas, ela continua sendo o único tratamento com potencial de cura para a PTI, com taxas de remissão sustentada em torno de 60% a 70%. A embolização esplênica é um procedimento pouco invasivo desenvolvido para tratamento de hiperesplenismo e é uma alternativa a esplenectomia para paciente com PTI corticorrefratária e com maior risco cirúrgico. Suas taxas de remissão a longo prazo, entretanto, são desconhecidas, motivo pelo qual optamos por realizar a esplenectomia neste caso. **Conclusão:** Em casos de PTI severa não respondedora a múltiplas terapias farmacológicas, a embolização esplênica pode ser uma opção de terapia ponte para realização de esplenectomia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.395>

IMMATURE PLATELET FRACTION AS A SCREENING TOOL FOR MACROTHROMBOCYTOPENIAS

POP Prestes, PR Villaça, E Okazaki, EA Damico, V Rocha

Serviço de Hematologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo, SP, Brazil

Background: Distinction between hereditary macrothrombocytopenias(HM) and immune thrombocytopenia (ITP) can be challenging due to the lack of specific tests, increasing the risk of misdiagnosis and incorrect treatments. Previous studies have shown that the immature platelet fraction (IPF) values are influenced by platelet size and could be a convenient parameter when segregating from these two differential diagnosis of thrombocytopenia. **Objectives:** In this study, we have tried to further understand the usefulness of IPF as a screening tool for macrothrombocytopenias, as well as its correlation with platelets diameters in thrombocytopenias of distinct etiologies. **Patients/Methods:** IPF, mean platelet volume (MPV) and mean platelet diameter (MPD) were analyzed using samples from 111 patients with different etiologies of

thrombocytopenias: Immune thrombocytopenia (n=39), bone marrow failure (n=25), Hypersplenism (n=30), type 2B Von Willebrand (VW) disease(n=4), hereditary macrothrombocytopenias (n=13). **Results:** Higher IPF values were observed in the ITP(9.8; 3.9-32), HM(26.7;14.4-55.4) and type 2 VW(35.1; 27.6-47.4) groups. On the last one, artificially increased IPF values were observed as a result of platelets aggregates. Applying a ROC analysis, IPF had a diagnostic accuracy of 0.96(95% CI:0.86 - 0.99; p < 0.0001) to distinguish between HM and ITP. **Conclusion:** IPF is increased in HM compared to other thrombocytopenias and could be used as screening tool in the approach of HM patients.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.396>

OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE EM GESTANTES

VL Dambros, AB Vidal, KRDS Cristaldo, GN Santos, BFB Bassani, GM Signori, V Feistauer, GP Homem, TGH Onsten

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil

Introdução: A Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI) ocorre quando o sistema imune ataca as plaquetas, tendo como apresentação clínica hematomas, sangramento em mucosas e petéquias, além de presença de hemorragia espontânea caso a contagem plaquetária inferior a $20 \times 10^9/L$. A PTI frequentemente ocorre em mulheres jovens, por isso os médicos frequentemente tratam pacientes grávidas com esta doença. A PTI durante a gestação pode resultar em complicações maternas e fetais como pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto, descolamento prematuro da placenta e trombocitopenia neonatal. **Objetivos:** Apresentar opções de tratamento para a PTI em pacientes gestantes. **Metodologia:** Realizou-se uma busca por artigos científicos presente nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Scholar no final do mês de julho de 2021. Também foram utilizados dados presentes em Portarias do SUS e em livros referência. Foram usados termos como “PTI”, “Púrpura Trombocitopênica Imune” e “Gestação”. **Resultados:** Apesar de não haver consenso no tratamento e manejo da PTI, os corticoides, como a prednisona, são considerados a primeira linha de tratamento devido ao baixo custo e à alta eficácia. No entanto, destaca-se que o uso desta terapia foi relacionado com o risco de parto prematuro, diabetes gestacional, hipertensão, entre outras complicações maternas. Por isso, é sugerido o uso da imunoglobulina intravenosa (IgIV) como tratamento de primeira linha para a PTI, em especial nos casos de refratariedade, trombocitopenia grave ou sangramento decorrente da trombocitopenia no terceiro trimestre da gestação. Não são relatadas complicações na gestação com o uso de IgIV, contudo, é uma droga de alto custo, sendo frequentemente inacessível. Outra opção de tratamento é a esplenectomia, uma vez que o baço é responsável pela eliminação de plaquetas. Esse procedimento delicado pode alcançar uma remissão completa em aproximadamente 2/3 dos pacientes e é indicado quando não há resposta aos corticosteroides e IgIV, sendo realizado no segundo trimestre

