

Objetivos: O clínico se depara com a distinção entre as muitas causas possíveis de trombocitopenia. Iremos descrever um caso trombocitopenia grave (contagem de plaquetas abaixo de um limite de aproximadamente 30.000 a 50.000/microL) o que confere um maior risco de sangramento, secundário a um caso de dengue. **Relato de caso:** Paciente feminina, 57 anos, nascida e residente no bairro dos Noivos, na cidade de Teresina-Piauí. Quatro dias que antecederam a internação teve febre, cefaleia, dor retro-ocular, tontura e náuseas. Há 24 horas surgiu sangramento nasal e manchas puntiformes avermelhadas nos membros inferiores. Relato de surto de dengue no bairro onde reside Na internação apresentava estado geral regular, corada, afebril, acianótica, anictérica, com presença de exantema maculopapular difuso, face, tórax, abdome e membros. Presença de petéquias em membros inferiores. Ausência de adenopatias ou organomegalias. O hemograma mostrou: hemoglobina de 14,8 g/dl hematócrito 44,5% leucócitos 3550 1% bastões, 38% segmentados, 2% eosinófilos, 1% basófilos, 50 % de linfócitos 8% monócitos plaquetas 38.000 mm³, aspartato amino transferase (AST) 82 U/L, alanina aminotransferase (ALT) 49 U/L. Sorologia para dengue positiva para IgM IgGe. Paciente foi submetida a hidratação venosa e uso de paracetamol. **Discussão:** Suspeitar da doença quando surgir febre entre 2 a 7 dias e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgias e ou artralgia, cefaleia e /ou dor retroorbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia em qualquer pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para região onde esteja ocorrendo transmissão de dengue. Leucopenia e trombocitopenia (≤ 100.000 células/mm³) são comuns. Os níveis séricos de aspartato transaminase (AST) estão frequentemente elevados; as elevações são geralmente modestas (2 a 5 vezes o limite superior dos valores normais). O diagnóstico laboratorial da infecção por dengue é estabelecido diretamente pela detecção de componentes virais no soro ou indiretamente por sorologia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.401>

TROMBOCITOPENIA AGUDA GRAVE APÓS INFUSÃO DE RITUXIMABE EM PACIENTE COM LINFOMA NÃO HODGKIN DE CÉLULAS B PERIFÉRICAS: RELATO DE CASO

WF Silva, A Zago, G Bellaver, HA Castralli, AB Penha, PS Wiczorek, JC Salvador, PM Mariussi, RF Sales, NW Dembogurski

Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Santa Maria, RS, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de trombocitopenia aguda após segunda infusão de rituximabe em paciente com Linfoma Não Hodgkin (LNH) de células B periféricas, pequenas células. **Descrição do caso:** Masculino, branco, 41 anos, hipertenso, procedente de São Pedro do Sul, Rio Grande do Sul. Em 15 de maio de 2021, é encaminhado à Emergência Clínica do Hospital Universitário de Santa Maria devido a pancitopenia, associada a sensação de mal-estar e cansaço há 1 mês. Negava quadros infecciosos. Hemograma admissional apresentava hemoglobina

5,2; leucócitos 1.230, neutrófilos 135, linfócitos 1021; plaquetas 16.000. Tomografia de abdome identificou esplenomegalia (23 cm), linfonodomegalias retroperitoneais e nódulos hepáticos de etiologia a esclarecer. Investigação com biópsia de medula foi compatível com LNH de células de médio tamanho, de imuno-fenótipo B, Ki67 menos de 1%. Biópsia de nódulo hepático teve achados imuno-histoquímicos consistentes com infiltração hepática por LNH de células B periféricas, de pequenas células, CD20 positivo, com baixo índice proliferativo, Ki67 positivo cerca de 5% da população linfóide. Instituído protocolo R-CHOP em 30/06/21, com tratamento antialérgico e antipirético implementado antes da infusão de rituximabe (RTX). Durante a infusão, paciente evoluiu com mal estar geral, dispneia, taquicardia e rash difuso, sintomas solucionados ao serem adotadas novas medidas antialérgicas. Após 5 dias, apresentou sua primeira neutropenia febril, necessitando de hospitalização e antibioticoterapia. Após melhora clínica e recuperação das contagens em hemograma (hemoglobina 8,9; leucócitos 3.240, neutrófilos 1.490 e 63 mil plaquetas), foi realizado o segundo ciclo de quimioterapia com R-CHOP em 27/07/21. Apesar de medicações pré-infusão do anticorpo monoclonal, paciente evoluiu com dispneia aguda, dessaturação, rash cutâneo não pruriginoso. Permaneceu sob observação clínica de 24 horas. Exames laboratoriais do dia seguinte mostraram hemoglobina 8,6, leucócitos 2.530 e queda plaquetária para 8.000, firmando-se o diagnóstico de trombocitopenia aguda induzida por rituximabe (TAIR). Recebeu transfusão de plaquetas (6 unidades), elevando para 29 mil plaquetas. Decidiu-se por manter o paciente internado, o qual evoluiu novamente com neutropenia febril, reiniciando-se os antibióticos. **Discussão e conclusão:** Os efeitos colaterais relacionados à infusão de RTX são bem conhecidos e comumente sucedem dentro de algumas horas após o início da primeira infusão. Anormalidades hematológicas secundárias ao RTX são descritas na literatura, ocorrendo nos primeiros 10-14 dias após a infusão. Amplamente usado em doenças malignas de células B, também podendo ser útil em doenças autoimunes. A TAIR é uma complicação rara após infusão de rituximabe, com incidência variando entre 3% a 35%. Costuma acometer sobretudo pacientes com linfoma indolentes que recebem rituximabe pela primeira vez. Por diversas vezes, a TAIR é uma condição clínica negligenciada, contribuindo para piores prognósticos. Frente ao uso crescente de RTX, o nível plaquetário deve ser monitorado em pacientes que recebem esse tipo de medicação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.402>

HEMOSTASIA E PAREDE VASCULAR: TROMBOSE

A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW OF BUDD-CHIARI SYNDROME IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

TL Correa^a, MSTC Guelli^b, LSA Dias^b, DBA Zampier^b

^a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brazil

^b Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), Volta Redonda, RJ, Brazil

