

internações por outro motivo e PCR+ durante a internação e PCR+ executados para internação eletiva e assintomáticos. Para efeito da análise os pacientes foram divididos em 2 grupos: os que evoluíram a óbito e os que receberam alta hospitalar. **Resultados:** O hemograma de entrada dos pacientes que receberam alta hospitalar revelou valores médios de hemoglobina (Hb) 12,84 g/dL ($\pm$ 2,10); leucócitos (LCT) 8433/mm³ ($\pm$ 4.363,45), variando de 990 a 45.106/mm³; Neutrófilos (NEUT) 6.457,71/mm³ ($\pm$ 3.692,15) de 567 a 28240/mm³; linfócitos (LINF) 1.246,25/mm³ ($\pm$ 776,79) de 200 a 7190/mm³; plaquetas (PLT) 233630/mm³ ($\pm$ 91.079,10) de 36.000 a 759.000/mm³. O grupo dos óbitos apresentou Hb média 12,39 g/dL ($\pm$ 2,41), variando de 6,10 a 19,10 g/dL; NEUT 7621/mm³ ($\pm$ 5.444); LINF 1070/mm³ ($\pm$ 955); PLT 192.000/mm³ ($\pm$ 102.229) 10.600 a 684000/mm³. Quando avaliamos a relação plaquetas/linfócitos (RPL): 145 pacientes com RPL $\geq$ a 180 evoluíram a óbito enquanto 291 obtiveram receber alta. Dos pacientes com RLP < 180, 98 evoluíram para óbito, enquanto 216 obtiveram desfecho favorável ($p = 0,5803$). A relação neutrófilo/linfócitos (RNL) à entrada demonstrou que 37 pacientes com RNL < 3,3 evoluíram para óbito enquanto 154 obtiveram desfecho favorável ($p = 0,0001$). Das RNL por ocasião dos desfechos < 3,3, 10 evoluíram a óbito e 237 tiveram desfecho favorável e 215 com RNL $\geq$ 3,3 evoluíram para óbito e 251 para alta hospitalar ($p = 0,0001$). **Discussão:** Elevada RPL (> 180) como fator prognóstico na COVID-19 foi recentemente descrita, com especificidade e sensibilidade de 0,44 e 0,77, respectivamente. Entretanto, a RPL não foi medida em um ponto específico no curso da doença. Recente metanálise evidenciou RPL elevada em doença grave comparando com não grave. Elevada RNL foi identificada como marcador para mortalidade hospitalar e COVID-19 grave. Os neutrófilos são importantes nas respostas imunes inatas, enquanto os linfócitos nas respostas inflamatórias. Assim, aumento da RNL reflete desequilíbrio da resposta inflamatória e pode ser considerado indicador de gravidade. Estudo prévio introduziu RNL como um preditor independente de desfechos clínicos na COVID-19. **Conclusão:** A RNL ao diagnóstico $\geq 3,3$ revela-se como marcador prognóstico tanto em análise feita com dados à entrada quanto por ocasião do desfecho. Análise em curso com maior número de casos pretende verificar a estratificação de valores desta relação, no sentido de prever com maior rigor o seu impacto. A RPL não demonstrou diferença entre os grupos. Entretanto, melhor padronização quanto ao momento em que esta avaliação deva ser realizada se faz necessária.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.888>

SÍNDROME DE EVANS COMO UMA MANIFESTAÇÃO TARDIA DA COVID-19

ASL Almeida, RP Basso, EC Duval, BD Cas, M Böhlke

Universidade Católica de Pelotas (UCPel), Pelotas, RS, Brasil

Relato de caso: Paciente de 70 anos, sexo masculino, branco, hipertenso, diabético e portador de insuficiência cardíaca sistólica e doença renal crônica em tratamento por

hemodiálise. Durante internação hospitalar por artrite séptica o paciente desenvolveu sintomas gripais e dispneia, com teste reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) em aspirado de nasofaringe positivo para COVID-19. Permaneceu hospitalizado, desenvolvendo diarreia e hipóxia, tratada com altas doses de oxigênio por máscara facial. Após recuperação completa do quadro clínico de COVID-19, apresentando saturação normal de oxigênio em ar ambiente, passou a apresentar equimoses em extremidades inferiores, em sítios de punção venosa e subcutânea, associada a diminuição progressiva na contagem de plaquetas (57.000/ μ L). Foram suspensos todos os medicamentos em uso, inclusive heparina dose profilática, frente a hipótese de plaquetopenia induzida por medicamentos. Apesar da medida, na próxima semana houve piora progressiva do quadro clínico e a contagem de plaquetas atingiu 2.000/ μ L. Foi iniciado tratamento com Metilprednisolona endovenosa e transfusão de plaquetas, considerando o quadro como Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI). Houve piora progressiva do quadro clínico, mantendo plaquetopenia grave com alto consumo após transfusão, somado a queda progressiva da hemoglobina (6,6 g/dL). Investigação laboratorial revelou sorologias para HIV e HBV negativas, Coombs indireto positivo, alteração de enzimas hepáticas, presença de esferócitos em esfregaço sanguíneo e lactato desidrogenase (LDH) elevado (835u/L), apontando para quadro de hemólise associada. Considerando a possibilidade de síndrome de Evans, foi iniciada infusão de imunoglobulina endovenosa. Não houve resposta satisfatória as intervenções e o paciente evoluiu para óbito duas semanas após o início do quadro hematológico. **Discussão:** A COVID-19 é uma doença recente, com novas manifestações clínicas e laboratoriais descritas a cada dia. O termo “Long Covid” foi criado para representar as manifestações tardias da COVID-19. Esse relato de caso descreve uma manifestação hematológica, Síndrome de Evans, iniciada após a recuperação de um quadro moderado de COVID-19. A Síndrome de Evans é uma doença rara, caracterizada pela presença concomitante de duas citopenias imunomediadas, mais comumente a PTI e a anemia hemolítica, essa doença apresenta um difícil diagnóstico e um pior prognóstico em relação a outras citopenias isoladas. **Conclusão:** Espera-se que a partir do conhecimento de que a Síndrome de Evans é uma possível manifestação do COVID-19, eventualmente de forma tardia, o profissional da saúde apresente capacidade de realizar esse diagnóstico e tratamento de forma mais precoce e possivelmente mudar o prognóstico do paciente acometido.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.889>

SÍNDROME DE EVANS E COVID-19: RELATO DE CASO E IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

LV Cota, NCR Cunha, RL Pacca, SS Fernandes, AHA Resende, LS Oliveira, PCC Bariani, PL Filgueiras, LO Miranda, VEF Costa

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

