

mais de uma ocasião e consistentemente mostrava anticorpos anti-IgM com especificidade anti-I em título maior que 1/64. Prosseguiu-se com investigação de diagnósticos diferenciais que evidenciou infecção pelo citomegalovírus, com carga viral de 682 cópias. Assim, apesar de sintomatologia gastrointestinal frustra e da ausência de anatomopatológico confirmatório, foi iniciado tratamento empírico com ganciclovir, mas não houve melhora da anemia. Exames medulares imediatamente antes e logo após o aparecimento da anemia evidenciaram doença residual mensurável negativa (DRM). Dessa forma, optou-se por realizar modalidades de tratamento focadas na AHAI (Prednisona, Azatioprina, Rituximabe e Bortezomibe), mas, sem resposta. A paciente manteve anemia intensa (hemoglobina abaixo de 6 g/dL), necessitando de transfusões sanguíneas com concentrados de hemácias aquecidos para melhor rendimento. Sendo assim, deu-se seguimento ao tratamento da LLA e a paciente foi encaminhada para o transplante de medula alogênico haplo-idêntico em maio/2024. Evoluiu com síndrome veno oclusiva e faleceu no 8º dia após o transplante. **Discussão:** A doença da crioaglutinina caracteriza-se por AHAI causada por anticorpos monoclonais a frio com títulos iguais ou maiores que 1/64. Frequentemente apresenta-se em associação a Linfomas B, embora possa ser identificada em pacientes com evidência de população clonal de linfócitos, mas sem sinais radiológicos ou clínicos de malignidade. Sua identificação em concomitância à LLA é extremamente infrequente. Torna o caso ainda mais intrigante a ausência de doença detectável no momento do aparecimento da AHAI, vistos os estudos medulares mostrando DRM negativa. Realça-se ainda a gravidade da manifestação, visto a manutenção de anemia grave, durante 3 meses, apesar dos múltiplos tratamentos realizados. Apenas cerca de 27% dos casos de doença da crioaglutinina apresentam-se com hemoglobina abaixo de 8, embora o quadro possa ser exacerbado durante quadros inflamatórios/infecciosos agudos devido à ativação do complemento. **Conclusão:** O caso evidencia uma apresentação atípica da doença da aglutinina a frio associada, também de forma infrequente, a LLA-B, evidenciando a necessidade de avançarmos em nosso entendimento de ambas as doenças e etiopatogênias.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.104>

PECULIARIDADE DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NA ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE: RELATO DE CASO

VS Araújo ^{a,b}, RAT Takaes ^{a,b}, MF Barros ^{a,b}, DB Menin ^{a,b}, IP Roman ^{a,b}, LT Miranda ^{a,b}, MC Capelin ^{a,b}, RA Martini ^{a,b}, DL Queiroz ^{a,b}, MAF Chaves ^{a,b}

^a Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil

^b Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil

Introdução e objetivo: A anemia hemolítica autoimune (AHAI) tem como principal característica a presença de auto-anticor-

pos que se ligam, as hemácias e diminuem sua sobrevivência. A abordagem diagnóstica e terapêutica da AHAI é desafiadora devido às variações e complexidades clínicas, visto que sua causa pode ser advinda de anticorpos de ampla faixa térmica e oscilações nos resultados de exames laboratoriais, seu tratamento pode variar de acordo com o quadro do paciente, onde, geralmente envolve o uso de imunossuppressores. O presente trabalho buscou relatar o caso de uma paciente com diagnóstico de AHAI atípica. **Relato de caso:** C.A.S.B, sexo feminino, 63 anos, busca atendimento no final de 2023 em virtude de quadro de astenia, associada a palidez, dispneia, dores nos membros inferiores, esplenomegalia e linfonodomegalia cervical. A partir disso suspeitou-se de um quadro de linfoma. Com a realização dos exames laboratoriais, observou-se hemoglobina (Hb 4,3 g/dL), como conduta médica efetuou uma hemotransfusão de emergência e encaminhamento para centro especializado em câncer, onde foi realizada esplenectomia e biópsia do linfonodo que descartou a hipótese de linfoma. A partir dos sinais clínicos da paciente realizou-se o teste de Coombs direto o qual foi positivo, LDH 263 e Bilirrubina total 2,06. Sugestivo de quadro de anemia hemolítica a esclarecer e foi recomendado o uso de imunossupressor juntamente com retornos de rotina para manutenção e esclarecimento do quadro. Em uma de suas consultas posteriores, no ano de 2024, foram realizados exames laboratoriais e foi observado (CHCM 40) e coombs direto negativo, sugerindo também um possível caso de esferocitose hereditária, que foi descartado a partir do resultado negativo de fragilidade osmótica. Ao longo de suas consultas e realizações de hemograma a amostra da paciente apresentava aglutinação eritrocitária, sendo necessária a técnica de troca de plasma para contagem automatizada e leitura de lâmina. Em seu último retorno foi observado teste de Coombs direto positivo, juntamente com presença de esferócitos, Howell-Jolly e reticulócitos. **Resultados e discussão:** A medida que o quadro da paciente era tratado, seu quadro anêmico apresentava algumas peculiaridades, visto que, não era uma AHAI induzida por anticorpos a frio, mas apresentou problemas de aglutinação de eritrocitária em diversas temperaturas, além de CHCM sugestivo do quadro de esferocitose hereditária, tanto como a oscilação no resultado de coombs direto desta pacientes. Apesar disso, esses achados incomuns são pouco abordados na literatura a presença de aglutinação em várias temperaturas sugere a possibilidade de anticorpos com características intermediárias ou mistas, conhecidos como anticorpos de ampla faixa térmica e a resposta ao tratamento pode temporariamente reduzir a quantidade de anticorpos detectáveis, resultando em um Coombs negativo. **Conclusão:** Tendo observado estes achados ilustram a complexidade e a variabilidade clínica da AHAI, que pode apresentar variações das condições hematológicas e apresentar características atípicas, requerendo uma abordagem diagnóstica e terapêutica cuidadosa e contínua. Sendo essencial o acompanhamento e avaliação médico, laboratorial de forma regular dessa paciente para monitorar os níveis de hemoglobina e indicadores de hemólise.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.105>