

protease específica de clivagem do fator de von Willebrand e o único marcador biológico específico para PTT. Inicialmente o diagnóstico de PTT era definido por uma pênade: febre, anemia hemolítica, lesão cutânea (púrpura) ou outro sangramento relacionado à trombocitopenia, anormalidades neurológicas e disfunção renal. Hoje, a combinação de trombocitopenia com anemia microangiopática hemolítica é suficiente para presumir PTT. PTT secundária pode ocorrer por doenças autoimunes ou infecções virais, onde a disfunção endotelial e a ativação do sistema imunológico promovem um estado de hipercoagulabilidade. Estudos observacionais, especialmente na África, associaram a infecção por HIV à PTT, mostrando boa evolução com terapia de substituição plasmática, apesar do acesso limitado à TARV nestes países. A infecção pelo HIV não altera o prognóstico da PTT, e a resposta à terapia, bem como as taxas de remissão e sobrevida são comparáveis. Esses pacientes, portanto, se beneficiam das medidas usuais no manejo da PTT, junto à terapia antirretroviral. É crucial que os profissionais relacionados ao atendimento de tais pacientes estejam cientes da associação HIV-PTT e atentos aos sinais e sintomas dessa síndrome potencialmente fatal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.915>

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA TRATADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUÍ

ILV Caetano ^a, GR Silva ^b, ANC Silva-Júnior ^c

^a Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^b Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^c Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, PI, Brasil

Objetivo: Analisar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com Trombocitopenia Imune Primária (PTI) e propostas terapêuticas adotadas no Hospital Universitário do Piauí (HU-UFPI). **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo observacional, transversal, retrospectivo com abordagem qualitativa e quantitativa, no qual foram coletados dados em prontuários médicos do HU-UFPI de todos os pacientes que tiveram diagnóstico de PTI com contagem plaquetária < 100 × 10⁹/L durante a internação respeitando os critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** Da amostra total de 114 prontuários analisados, observou-se a predominância de adultos (≤ 40 anos) em 62,3% (n = 71), do gênero feminino de 66,7% (n = 76), da raça parda com 86% (n = 98), de outras cidades do estado do Piauí advinham 63,2% (n = 72). Quando avaliado o perfil dos pacientes ao diagnóstico e terapias instituídas, 98,2% (n = 112) apresentavam o critério de Plaquetas < 30000 (indicação de tratamento medicamentoso), 44,7% (n = 51) apresentavam sangramentos ao diagnóstico, 39,3%

(n = 44) responderam a terapia de primeira linha isolada (corticoterapia), 75% (n = 51) dos não respondedores foram encaminhados para esplenectomia, nestes a resposta a terapia foi de 84,3% (n = 33). Os que realizaram Imunoglobulina Humana para melhor “status plaquetário” pré-operatório, 52,7% (n = 10) não responderam. **Discussão:** A avaliação epidemiológica de raça e gênero foram em consonância com literatura em geral, no entanto, da idade, a tendência atual de aumento de incidência em idosos, não foi vista neste estudo. Da análise clínica, as taxas de sangramento relatadas são variáveis, dependendo da população, da definição de sangramento e dos métodos de notificação, quando considerado sangramentos leves os estudos são compatíveis com a amostra deste estudo. Pouco mais de 1/3 dos pacientes tiveram resposta sustentada a Corticoterapia, mostrando melhor resposta a literatura. E a esplenectomia se mostrou uma boa opção como terapia de segunda linha, porém este benefício potencial deve ser equilibrado com o risco cirúrgico e risco aumentado a longo prazo de infecção/seps e trombose, especialmente acidente vascular cerebral. Na análise do uso de imunoglobulina humana como terapia alça para esplenectomia, cerca de metade dos pacientes com terapia recomendada não responderam e em estudos anteriores a resposta é em média 75%. **Conclusão:** As descrições e resultados do estudo poderão contribuir para uma melhor abordagem terapêutica e de seguimento dos pacientes com diagnóstico de PTI no HU-UFPI.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.916>

AVALIAÇÃO DOS ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS: HEMOGLOBINA (HB), RETICULÓCITOS (RET), E FRAÇÃO DOS RETICULÓCITOS IMATUROS (IRF) EM CRIANÇAS COM E SEM PTI

NC Hoppe ^{a,b}, LB Pasqualoto ^{a,b},
FG Nascimento ^{a,c}, KN Pereira ^a, ISO Tioda ^{a,b},
CF Dutra ^{a,b}, LE Oliveira ^{a,c}, LC Bonai ^{a,b},
C Paniz ^a, JAM Carvalho ^a

^a Laboratórios de Pesquisas em Análises Clínicas Aplicadas (LAPACA), Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, Santa Maria, RS, Brasil

^b Curso de Farmácia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

^c Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Objetivo: Trombocitopenia Imune Primária (PTI) é um distúrbio autoimune caracterizado por uma baixa contagem de plaquetas e aumento do risco de hemorragia mucocutânea. O objetivo foi avaliar os índices hematimétricos presentes no eritrograma, Hemoglobina (Hb), Reticulócitos (RET), e Fração dos Reticulócitos Imaturos (IRF) em crianças com e sem PTI. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, onde foram incluídos pacientes com idade entre 0 a 17 anos com diagnóstico de PTI atendidos em um Hospital Universitário no