

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

interior do Rio Grande do Sul. O grupo controle será composto por crianças saudáveis de 0 a 18 anos atendidos no mesmo hospital, onde foram excluídos pacientes com leucemias, neoplasias, doenças infecciosas e inflamatórias. As amostras foram coletadas através da técnica padrão de punção venosa, utilizando tubos contendo EDTA para a obtenção de sangue total. Os parâmetros hematológicos foram analisados por citometria de fluxo no equipamento XE-5000 (Sysmex). O IRF foi obtido como uma proporção da contagem de RET na área com forte intensidade de luz fluorescente no escartograma. O IPF foi determinado como um percentual da contagem de plaquetas na área com forte intensidade de luz fluorescente no diagrama de dispersão. **Resultados:** Os pacientes foram estratificados em dois grupos PTI e Controle. O grupo, PTI é composto por 37 crianças, sendo 14 (37,8%) do sexo feminino e 23 (62,2%) do sexo masculino, a mediana da idade neste grupo é de 6 (3–10) anos. Já o grupo controle composto por 142 crianças, sendo 72 (50,7%) do sexo feminino e 70 (49,3%) do sexo masculino, com a mediana de idade de 7 (3–12) anos, com $p < 0,424$. IRF no grupo PTI 19,5% (7,8–23,0) e no grupo controle 5,3% (3,6–6,5), com $p < 0,001$. Ret no grupo PTI 2,15% (1,42–3,67) e no grupo controle 1,22% (0,96–1,45), com $p = 0,006$. IPF no grupo PTI 16,7% (10,2–30,4) e no grupo controle de 2,0% (1,2–3,4) com $p < 0,001$. A hemoglobina no grupo PTI foi de 12,2 g/dL (10,1L–12,8) e o grupo controle 12,8 g/dL (11,9–13,4g) com $p = 0,019$. As plaquetas no grupo PTI foi de $18,0 \times 10^3 \text{ mm}^3$ (5,0–42,5) e no grupo controle $297,0 \times 10^3 \text{ mm}^3$ (244,0–354) com $p < 0,001$. Os leucócitos no grupo PTI foi de $7,97 \times 10^3 \text{ mm}^3$ (5,21–10,79) com $p < 0,001$. **Discussão:** Neste estudo observamos um aumento nos valores dos índices IRF, IPF e Ret nos pacientes com PTI em relação aos controles. Além disso, foram observados valores menores para o grupo PTI em relação aos controle para a contagem de plaquetas e de Hb. Em relação à contagem de leucócitos não foi observada diferença significativa entre os grupos. IRF é elevado no aumento da eritropoiese (adquirida anemias hemolíticas, perda de sangue) e em situações tais como infecções agudas ou síndromes mielodisplásicas. O Índice de IRF, indica a velocidade de produção da série eritróide pela medula. Plaquetas reticuladas são plaquetas recém liberadas para circulação e que contém grande conteúdo de RNA. O IPF representa a taxa de produção das plaquetas, é o análogo dos reticulócitos imaturos para a eritropoiese. **Conclusão:** Nesse estudo verificamos que o marcador IRF esteve aumentado nos pacientes com PTI em relação aos pacientes controle, o que poderia indicar uma maior atividade eritróide. Além disso, foi observada um aumento do valor de IPF nos pacientes PTI, indicando a presença de plaquetas imaturas na circulação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.917>

AVALIAÇÃO DAS RAZÕES NEUTRÓFILO-LINFÓCITO (NLR), NEUTRÓFILO-PLAQUETA (NPR) E PLAQUETA-LINFÓCITO (PLR) EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM OU SEM TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (PTI)

LB Pasqualoto^{a,b}, NC Hoppe^{a,b},
FG Nascimento^{a,c}, KN Pereira^a, ISO Tioda^{a,b},
CF Dutra^{a,b}, ACM Ciceri^{a,c}, LE Oliveira^{a,c},
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: A Trombocitopenia Imune Primária (PTI) é uma doença imunomediada adquirida de adultos e crianças, caracterizada pela diminuição transitória ou persistente do número de plaquetas. Possui uma incidência em crianças de 1,9 a 6,4/100.000. As razões hematológicas são calculadas a partir dos valores das células sanguíneas do hemograma e são reconhecidas como marcadores de inflamação que podem estar associadas a um diagnóstico mais rápido e avaliação de prognóstico em diversas doenças. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi avaliar as razões NLR, PLR e NPR em pacientes pediátricos com e sem PTI. **Metodologia:** Realizou-se um estudo transversal, onde incluiu-se todos os pacientes com diagnóstico de PTI atendidos em um Hospital Universitário de Santa Maria/RS, com idade entre 0 e 17 anos. O grupo controle foi composto por crianças saudáveis de 0 a 18 anos do município de Santa Maria/RS em atendimento no mesmo hospital. Foram excluídos pacientes com leucemias, neoplasias, doenças infecciosas e inflamatórias. As amostras foram coletadas através da técnica padrão de punção venosa, utilizando tubos contendo EDTA para a obtenção de sangue total. Os parâmetros hematológicos foram analisados por citometria de fluxo no contador de células XN 1000 (Sysmex). As razões hematológicas foram calculadas a partir dos dados do hemograma. Onde o NPR = Neutrófilo/plaquetas, o NLR = Neutrófilo/plaquetas e o PLR = plaquetas/Linfócitos. **Resultados:** O grupo PTI era composto por 37 crianças, sendo 14 (37,8%) do sexo feminino e 23 (62,2%) do sexo masculino. O grupo controle composto por 142 crianças, sendo 72 (50,7%) do sexo feminino e 70 (49,3%) do sexo masculino. A mediana da idade do grupo PTI foi de 6 anos (3–10) e do grupo controle de 7 anos (3–12), com $p < 0,424$. O NPR no grupo PTI foi de 0,140 (0,037–0,893), e no grupo controle 0,011 (0,008–0,014) com $p < 0,001$. O NLR no grupo PTI foi de 1,09 (0,68–1,60) e no grupo controle