

group and 11.1 fl for the IPFD group, 75% of the IPND patients had altered MPV. Platelet immunophenotyping was performed in 27 patients (45%), 15 (55%) exhibited abnormal results. Platelet aggregation tests were conducted in 34 cases (57%), 27 (79%) had altered platelet aggregation, but discordant results were noted in eight (30%) of the altered tests. Lastly, platelet secretion tests were performed in 16 patients (27%). Bleeding phenotype was assessed with the ISTH BAT score, showing a median of 6. Median BAT score was 10 in IPFD and 3.5 in the IPND group. Syndromic features were present in 10% of patients. A total of 47 patients (78%) needed treatment during follow-up, including 43% of patients in the IPND group and 97% in the IPFD group. The most used treatments were antifibrinolytics (73%) and platelet transfusions (55%). **Discussion:** Diagnosis of IPDs is challenging and many cases remain unrecognized. Among patients with IPNDs, up to 30% receive an incorrect diagnosis of ITP. Similar results were found in our cohort. A key factor in the investigation of IPDs is a family history of thrombocytopenia or increased bleeding, which was present in more than 50% of the cohort in both subgroups. Platelet macrocytosis was more common in IPNDs, being another helpful diagnostic marker in this subgroup. Data regarding platelet morphology could not be obtained due to the lack of reporting standardization. Discordant results in platelet aggregation tests were attributed to pre-analytical factors. The IPFD group exhibits a more severe hemorrhagic phenotype, while BAT score in IPNDs was commonly low. Concerning management, IPFD group underwent more therapeutic interventions, possibly due to a higher bleeding tendency. **Conclusions:** Identifying IPDs is essential for proper treatment and follow-up. Careful assessment of the familial history, bleeding risk and the platelet count, morphology and function are crucial for diagnosing IPDs, particularly in settings without access to advanced genetic testing. This study provides insights into the characteristics and management of IPDs in centers with limited resources.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.921>

RELATO DE CASO: MANEJO DO PACIENTE ANTICOAGULADO EM VIGÊNCIA DA INFECÇÃO POR DENGUE

LM Nascimento, M Carvalho, E Polesello, G Leal, R Spirlandelli

Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Dengue é uma doença (arbovirose) aguda. Causa principalmente plaquetopenia, condição que deve ser tratada com cautela principalmente em pacientes que usam varfarina e outros anticoagulantes. **Metodologia:** O relato foi realizado, principalmente, pela revisão da literatura pelas bases de dados: Pubmed, Scielo e google acadêmico. **Relato de caso:** Paciente VM, gênero masculino, 80 anos, chegou à UPA Pirituba, apresentando um quadro de dispneia havia 5 dias, associado à história de tosse com presença de secreção sanguinolenta ao acordar pela manhã, com piora do quadro havia um dia, sendo então iniciado protocolo para insuficiência

cardíaca descompensada perfil B e realizado teste rápido para dengue resultando em NS1 positivo e IgM positivo. Apesar da infecção confirmada, o paciente não apresentou plaquetopenia. Em 01/05/2024 o paciente foi reavaliado mostrando melhora em sua ausculta pulmonar, sem qualquer padrão ou queixa de desconforto respiratório. **Discussão:** Durante a infecção pelo vírus da dengue, pode ocorrer uma redução na quantidade de plaquetas no organismo podendo ser decorrente da diminuição na produção medular ou de uma maior destruição periférica, comumente ocorrendo entre o segundo e o sexto dia da doença e voltando ao normal em sete a dez dias. O Ministério da Saúde estabelece que a decisão da suspensão ou não da varfarina deve ser tomada mediante análise dos níveis séricos plaquetários, neste relato a varfarina foi suspensa mesmo com plaquetas acima de $50 \times 10^3/\text{mm}^3$, contrariando assim o protocolo já estabelecido. **Conclusão:** O paciente relatado neste caso teve a varfarina retirada mesmo na ausência de um quadro de plaquetopenia, mediante a essa conduta, este relato de caso entende que o manejo do paciente poderia ter sido guiado pela medicina baseada em evidências, na qual a Varfarina é suspensa na presença de aumento de plaquetas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.922>

TROMBOCITOPENIA PRIMÁRIA IMUNE OCASIONADA POR VACINA DA DENGUE: UM RELATO DE CASO

ABF Diniz^a, DR Moreira^a, KMB Maciel^a, CVS Barros^a, LP Goveia^a, MLMR Sousa^a, MFL Pereira^a, MB Balduino^a, ACCC Torres^b, ALM Queiroz^c

^a Centro Universitário UNIFACID Wyden, Teresina, PI, Brasil

^b Universidade Nove De Julho (Uninove), São Paulo, SP, Brasil

^c Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil

Introdução: A Trombocitopenia Primária Imune (PTI) é uma patologia comum da infância, usualmente desencadeada por quadros infecciosos virais e caracterizada por trombocitopenia quantitativa. A reação viral tipo antígeno-anticorpo pode ser demonstrado na forma aguda da doença, principalmente em crianças após infecção aguda viral, constituindo uma reação cruzada contra os antígenos plaquetários. O diagnóstico de PTI passa pela exclusão de patologias que cursam com trombocitopenia, mas sua abordagem propedêutica ainda é controversa. Consoante à isso, a infecção pelo vírus da dengue pode desencadear uma resposta imunológica exacerbada, levando à destruição das plaquetas e ao desenvolvimento de PTI. A vacina Qdenga é composta por quatro diferentes sorotipos do vírus causador da doença. (Brasil, 2023). **Objetivo:** Compreender a relação entre a aplicação da vacina da dengue e a ocorrência de Trombocitopenia Primária Aguda. **Relato de caso:** Criança IBSA, sexo masculino, 10 anos de idade, com quadro de aparecimento de equimoses e petéquias nos últimos 3 dias, quando procurou atendimento