

melhora progressiva dos níveis de Hb e queda dos parâmetros de hemólise, sem necessidade transfusional. Foi imunizada para germes encapsulados, em havendo necessidade futura do tratamento da esferocitose, através da esplenectomia. **Conclusão:** O caso clínico retrata a associação diagnóstica de duas condições hemolíticas não excludentes, que deverão ser acompanhadas e monitorizadas pela possibilidade de recidiva tanto da condição imune, como da possibilidade de crises hemolíticas associadas a esferocitose hereditária.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.064>

64

COLESTASE INTRA HEPÁTICA AGUDA: COMPLICAÇÃO RARA DA ANEMIA FALCIFORME

N. Domingues^a, M.A.J. Nascimento^a, P. Vicari^b, V.L.P. Figueiredo^b

^a Serviço de Clínica Médica, Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

^b Serviço de Hematologia, Hospital do Servidor Público Estadual (IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Colestase intra hepática aguda (CIHA) é uma complicação rara e extremamente grave na anemia falciforme (AF). Sua fisiopatologia consiste na isquemia dos sinusóides hepáticos secundária a crise de falcização, levando a balonização do hepatócito e colestase intra canalicular. **Objetivo:** Relatar caso de CIHA clássico na AF com desfecho favorável, apesar da gravidade. **Relato de caso:** Homem de 46 anos, com AF, sem demais comorbidades, apresentou quadro de dor abdominal difusa, aumento do volume abdominal há 1 semana, náuseas e vômitos. Exames: Hemoglobina 5,1 g/dL, bilirrubinas totais 5,5 mg/dL (predomínio indireta), fosfatase alcalina 261 U/L, GGT 273 U/L, função renal e transaminases normais; USG abdominal sem alterações. Durante internação apresentou piora da dor e distensão abdominal, associado a desconforto respiratório, derrame pleural importante com cardiomegalia e ascite. Submetido à toracocentese e paracentese (transudatos). Ecocardiograma transtorácico (ECOTT) mostrou derrame pericárdico (DP) com restrição diastólica, sendo realizado pericardiocentese (1450 mL, hemorrágico). Na análise não foram vistos sinais infecciosos/neoplásicos. Após 4 dias, apresentou novo desconforto respiratório, dor torácica ventilatório dependente e piora laboratorial, onde foi optado por introdução de antibioticoterapia. ECOTT mostrou novo DP com restrição diastólica. Foi submetido a drenagem pericárdica, entretanto durante a indução anestésica, apresentou parada cardiorrespiratória de 8 minutos, devido tamponamento cardíaco e retirado 1000 ml de líquido hemorrágico com colocação de dreno pericárdico. Paciente evoluiu com piora dos valores de bilirrubinas (56 mg/dL), predomínio direta (46 mg/dL), encefalopatia, coagulopatia e piora da função renal, sendo submetido a hemodiálise. Foi investigado com USG e TC abdome sem evidências de dilatação ou cálculos na vesícula biliar e exames negativos para hepatites virais, hepatite auto-imune e hemossiderose. Foi submetido a suporte clínico, transfusional e drogas vasoativas. Após 1 mês de internação, houve progressiva melhora da encefalopa-

tia, queda de bilirrubinas, normalização do coagulograma e função renal, mantendo-se em tratamento conservador ambulatorial. **Discussão:** Alterações hepáticas agudas podem ocorrer na AF e possuem difícil diagnóstico diferencial, que inclui crise aguda de falcização hepática e sequestro hepático. Outras manifestações que devem ser consideradas são colelitíase e coledocolitíase com obstrução do ducto biliar comum, colecistite e hepatite viral aguda. Os sintomas da CIHA incluem desde dor em hipocôndrio direito com febre e icterícia até encefalopatia, tamponamento cardíaco, coagulopatia e falência renal. Laboratorialmente, destaca-se o aumento da bilirrubina, frequentemente maior do que 50 mg/dL. O tratamento mais reconhecido até hoje é com suporte e exsanguíneo-transfusão, a qual, quando não realizada, possui pior prognóstico. O presente relato ilustra um quadro clássico e grave de CHIA com boa evolução. **Conclusão:** CHIA é uma complicação que deve ser identificada precocemente para evitar desfechos desfavoráveis. Para isto, descartar causas obstrutivas/autoimunes são essenciais para o diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.065>

65

COMPARAÇÃO DO CONTROLE DE SOBRECARGA DE FERRO ENTRE REGIME DE TRANSFUSÃO DE TROCA MANUAL VERSUS ERITROCITAFÉRESE EM PACIENTES COM DOENÇA FALCIFORME

M. Sinche, L. Oliveira, P.P.F. Machado, T. Facincani, K.T. Maio, F.M. Nogueira, G.H.H. Fonseca, V. Rocha, Y. Nukui, S.F.M. Gualandro

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

Introdução: A transfusão de troca na doença falciforme (DF) tem várias indicações predominando a prevenção primária e secundária do acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi). Pode ser feita por eritrocitaférese (ET) ou por troca manual (TM). Em comparação com a TM, a ET requer experiência em aférese, equipamentos especializados e acessos venosos adequados, o que limita seu uso. Além disso, as evidências quanto à maior eficácia da ET no controle da sobrecarga de ferro são controversas. **Objetivo:** Avaliar a eficácia da ET no controle de sobrecarga de ferro nos pacientes com DF em comparação à TM, através de indicadores secundários como ferritina, índice de saturação de transferrina e exames de imagem (ressonância magnética hepática). **Métodos:** Coleta retrospectiva de dados de 16 pacientes adultos com DF em programa de transfusão crônica (8 ET e 8 TM), de 2000 a 2019, seguidos no HC-FMUSP, utilizando a base de dados Prontmed. Os exames laboratoriais para controle de sobrecarga de ferro foram coletados sempre antes das transfusões. As comparações entre medianas foram feitas através do teste de Mann-Whitney, com valor de p significativo se <0,05. **Resultados:** O genótipo mais comum foi SS nos dois grupos (100% no grupo TM e 87% no grupo ET). 50% dos pacientes eram homens no grupo TM e 62,5% no grupo ET. A mediana de idade no grupo TM foi 29 (21-39) e 35 (28-56) anos no grupo ET. A mediana de concen-