

quadro de aborto a/e. Foi investigado nos casos com 2 abortos e exames negativos para trombofilia. Apenas 1 caso, dos que apresentaram pesquisa de trombofilia negativa, apresentou novo episódio de trombose. Tratava-se de paciente com trombose arterial com co-morbidades (DM, obesidade e uso de drogas ilícitas) que foi orientado a fazer uso de AAS e estatina; porém, suspendeu a medicação por conta própria apresentando novo evento de trombose arterial no mesmo membro. **Discussão:** Observamos que 42% dos casos tinham evento provocador identificável (gestação, puerpério, uso de anticoncepcional oral hormonal, internação hospitalar, imobilidade, obesidade etc). Dos 11 casos que tivemos alteração laboratorial, 4 tinham evento provocador identificado, tendo sido importante a realização da investigação. Observamos também que trombofilia hereditária é raro, observado em menos de 5% dos casos. **Conclusão:** Evento trombótico é uma doença multicausal influenciada por uma variedade de fatores de riscos adquiridos ou hereditários. Na nossa casuística, a maioria foi por fatores de riscos adquiridos. Uma avaliação hematológica com anamnese e exame físicos detalhados já orientam quanto à necessidade de investigação de trombofilia, de anticoagulação estendida e orientações sobre futuros eventos de trombose.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.153>

153

APLICABILIDADE DA PLASMAFÉRESE EM PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA E A IMPORTÂNCIA DA INTERPRETAÇÃO DO HEMOGRAMA: RELATO DE CASO

D.M.L. Silva, A.B.L.M. Rafael

Departamento de Genética, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: A púrpura trombocitopênica trombótica (PTT) é uma doença de caráter grave que pode evoluir para óbito com facilidade. Se caracteriza pela presença de múltiplos de fator de Von Willebrand (FvW) na microvasculatura do paciente. Esses múltiplos existem devido a uma deficiência funcional grave da ADAMTS13, metaloproteinase plasmática responsável pela clivagem do FvW e essa deficiência pode ser de caráter hereditário por mutações do gene da ADAMTS13 ou adquirida, pela presença de IgG anti ADAMTS13 que desaparecem após a remissão da doença. Os múltiplos de FvW são altamente adesivos às paredes dos vasos e acabam por agregar muitas plaquetas levando a um comprometimento da circulação da microvasculatura. Cursa geralmente com anemia, trombocitopenia grave, TS prolongado, TP e TTPA normais, LDH aumentada e esfregaço sanguíneo com presença de hemácias em esquizócitos. Paciente ainda cursa com púrpura, hematomas e sangramentos espontâneos nas mucosas. A base para o tratamento da PTT é através da metodologia da plasmaférese para remoção dos múltiplos de vW, infusão de plasma e corticosteroides. Mas tanto o sequenciamento da ADAMTS13 e o ELISA para ADAMTS13 são exames que não são de fácil acesso quando falamos em um contexto de SUS, então para fechar de fato o diagnóstico de PTT demandaria tempo e

uma burocracia que pode ser custosa a vida do paciente. Sendo assim, como conduzir a melhor hora de se entrar com uma terapia de plasmaférese e baseado em quais exames laboratoriais podemos fundamentar essa escolha? **Relato:** Paciente, mulher, 17 anos, dá entrada no Hospital Getúlio Vargas-Recife, PE. Hb de 6.1 g/dL, Ht de 18,9% com observações de série vermelha revelando, policromasia e presença de esquizócitos. WBC de 6.330/mm³ e PLT de 32.000/mm³. Sua bioquímica revelou BT de 1,60 mg/dL e INR de 1,11%. Paciente em anamnese relata ser completamente assintomática, sem revelar nenhum sinal de fraqueza e cansaço relacionados ao caso de anemia associado, ou sangramentos espontâneos. Cursando apenas com púrpura na região do antebraço e em ambas as mamas. Paciente é internada e em seu primeiro dia de internação recebe duas bolsas de concentrado de hemácias e uma bolsa de plaquetas a fim de tentar normalizar seus índices. Após o tempo devido esperado após a transfusão, paciente apresenta Hb de 8.8 g/dL Ht de 26.5%, anisocitose, policromasia e presença de esquizocitos preservadas. WBC de 4.650/mm³ e PLT de 30.000/mm³. BT agora se apresenta em 2,20 mg/dL, BD de 0,30 mg/dL BI de 1,90 mg/dL e LDH de 945 U/L. Em reunião de discussão de caso biomédico levanta a possibilidade de ser um quadro de PTT e equipe decide levar adiante a investigação associando os resultados do hemograma juntamente com a bioquímica e a hemostasia da paciente. Em exames posteriores, paciente já sob uma terapia de corticoesteróide, apresenta Hb sustentada de 7,1 g/dL e PLT DE 31.000, HDL de 945 U/L, INR dentro dos valores normais e TS prolongado em 2 min acima do valor de referência. Uma parceria para sequenciamento e realização do ELISA da ADAMTS13 foram conseguidos, mas diante de um prazo de entrega do resultado para 20 dias. Paciente segue assintomática, mas com plaquetas oscilando entre 20 e 30.000 mm³. Equipe decide entrar com plasmaférese de imediato e paciente evolui para 250.000 mm³ de plaqueta em duas sessões. Isso nos atenta para a relevância que uma boa interpretação do hemograma pode guiar diante de condutas médicas emergenciais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.154>

154

DESENVOLVIMENTO DE REDES NEURO-FUZZY PARA PREDIÇÃO DA RECORRÊNCIA DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO

G.Y. Ottaiano^a, J.M. Annichino-Bizzacchi^b, R.M. Filho^b, T.D. Martins^a

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^b Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Ter um modelo para a predição da recorrência do tromboembolismo venoso é importante para determinar o tempo de tratamento dos pacientes. Assim, este trabalho teve como objetivo o desenvolvimento de modelos baseados em Redes Neuro-Fuzzy para a predição da trombose venosa recorrente a partir de variáveis clínicas. **Metodologia:** A partir de trinta e nove fatores clínicos e laboratoriais selecionados

previamente, foram selecionados dois conjuntos de dados. O conjunto (i), com 7 fatores, foi determinado via Planejamento de Experimentos em conjunto com fatores apontados como significativos pela Análise de Componentes Principais, realizada por Martins [Unicamp, Tese (2018)]. Nesse caso, foram considerados: leucócitos, tempo do uso de anticoagulante, idade, localização da trombose, hemácias, hemoglobina e se o primeiro episódio trombótico foi espontâneo ou provocado. No conjunto (ii), com 16 variáveis, foram considerados os fatores obtidos via Análise de Componentes Principais, por Martins [Unicamp, Tese (2018)]. Este segundo conjunto incluía, além dos fatores do primeiro conjunto, D-dímero, hematócrito, distribuição de tamanho dos eritrócitos, colesterol total, HDL e LDL, triglicérides, glicose e creatinina. Foram utilizados dados de 236 pacientes, sendo 70% para o treinamento das redes e 30% para a simulação. As Redes Neuro-Fuzzy foram desenvolvidas no software MatLab, variando-se os parâmetros do modelo de Takagi-Sugeno, e consequentemente o número de regras fuzzy. Uma cross-validação 5-fold também foi realizada. **Resultados:** Dentre todas as Redes Neuro-Fuzzy testadas, foram selecionadas as duas melhores, uma para cada conjunto. O modelo para o conjunto (i) apresentou 83% (AUC: 0,726) de acurácia para os dados de treinamento e 88% (AUC: 0,909) para os dados da simulação, tendo apenas 2 regras na rede. Já, para o conjunto (ii), 85% (AUC: 0,905) de acurácia para os dados do treinamento e 81% (AUC: 0,818) para os dados da simulação e foi composta de 7 regras. **Discussão:** Os dois modelos desenvolvidos neste trabalho mostraram que as Redes Neuro-Fuzzy apresentam boa capacidade para a predição da retrombose. Ambos os modelos apresentaram acurácia acima de 80% e os valores de AUC indicam que o modelo desenvolvido com o conjunto (ii) possui melhor capacidade de generalização. Por fim, a cross-validação demonstrou que os resultados são consistentes. Esses resultados são importantes, visto que foi necessário um conjunto maior de variáveis independentes para se obter um modelo mais confiável. **Conclusão:** Os resultados deste trabalho mostraram que, com um modelo Neuro-Fuzzy, é possível prever a recorrência do tromboembolismo venoso a partir de diferentes conjuntos de fatores independentes. Uma vez validado, esse modelo poderá ser utilizado para ajudar na decisão do profissional, como um suporte à decisão clínica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.155>

155

DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR RETARDADO PELA COEXISTÊNCIA COM PNEUMONIA BACTERIANA: RELATO DE CASO



L.V.D. Reis^a, I.C.A. Albuquerque^a, M.L.C.C. Lins^b, P.V.A. Chaves^a, A.D.A. Luz^a, A.M.G. Mota^b, T.C.A. Dantas^a

^a Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

^b Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (Estácio FMJ), Juazeiro do Norte, CE, Brasil

Introdução: O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença em que há a impactação de um ou mais êmbolos trom-

bóticos na circulação pulmonar. Uma das suas complicações é a pneumonia bacteriana, que pode ser diagnosticada previamente ao quadro de TEP, retardando o seu diagnóstico.

Objetivos: Enfatizar a necessidade de lembrar aos médicos e estudantes da possibilidade de coexistência de pneumonia e TEP em pacientes com sintomas clássicos ou não destas patologias, mesmo com Escore de Wells baixo. **Relato de caso:** Mulher, 44 anos, procedente de Natal, em uso há 17 anos de anticoncepcional injetável (enantato de noretisterona e valerato de estradiol), fez viagem de longo trajeto até a cidade de Ouro Preto-MG. Após seu retorno à Natal, referiu dor lombar à esquerda de caráter opressivo e pulsátil, piorando com movimentação e respiração e sem fator de melhora. Foi admitida na urgência, onde foi medicada para lombalgia com tramadol e decadron, e com cloridrato de ciclobenzaprina e etodolaco para tratamento domiciliar. Retornou à urgência por dois dias consecutivos sem melhora do quadro e no último deles foram solicitadas tomografia de abdome total, que evidenciou “área de consolidação parenquimatosa com áreas de opacidade em vidro fosco adjacente sitadas no lobo inferior do pulmão direito” e hemograma, com leucocitose de 13.500 com desvio à esquerda. Diagnosticada com pneumonia bacteriana, iniciou tratamento com moxifloxacino. No dia 19/09 à noite, a paciente retorna com mesma dor, sem melhora e é internada. No dia 21/09 após melhora da dor e leucócitos em 12.000, o tramadol é retirado e as dores retornam. Com isso, mesmo com seu escore de Wells de baixa probabilidade, solicitou-se o d-dímero, o qual veio alto; ultrassom de membros inferiores com doppler, sem evidência de trombo; e angiotomografia de tórax com contraste, que evidenciou “sinais de tromboembolismo pulmonar em ramos segmentares do lobo inferior direito”. Com isso, paciente foi diagnosticada com TEP, iniciou tratamento com rivaroxabana e fez investigação com hematologista, onde não foi constatado trombofilia. **Discussão:** Deste modo, podemos entender que pacientes com pneumonia e que apresentem fatores de risco para TEP, como idade maior que 40 anos, uso de anticoncepção injetável e imobilidade em viagem, associado com persistência dos sintomas, má resposta aos antibióticos ou início abrupto de novos sintomas durante o curso da doença subaguda, devem ser investigados para TEP. Com isso, será possível melhorar o prognóstico do paciente e diminuir a quantidade de complicações pela infecção e infarto pulmonar persistentes. **Conclusão:** Destarte, observa-se o quão retardado pode ser o diagnóstico de TEP quando este coexiste com uma pneumonia bacteriana, visto que suas apresentações clínicas podem se sobrepor. Assim, é importante que os médicos e estudantes fiquem atentos naqueles pacientes com diagnóstico de pneumonia, mesmo que seu escore de Wells seja de baixa probabilidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.156>