

Raynaud prévio. Exames laboratoriais hematológicos evidenciando quadro de anemia (hemoglobina 6,7 g/dL) normocítica e normocrômica (VCM 83,4 $\mu\text{g/L}$ e HCM 30,9 pg), com grande quantidade de rouleaux eritrocitário em esfregaço sanguíneo. Em nova análise de hemograma, manteve-se a amostra de sangue total aquecida a 37°C, ocasião em que a aglutinação das hemácias não foi observada. Demais parâmetros laboratoriais dentro da normalidade. Após análise inicial, solicitou-se exames complementares para investigação do quadro: Biópsia de Medula Óssea evidenciando medula hiperplásica para a idade (70%) associada a dismegacariopoiese e blastos mielóides intertrabeculares, com ausência de plasmócitos atípicos a inferiores a 10% da celularidade; pesquisa de autoanticorpos dirigidos contra antígenos celulares (FAN) reagente, com título 1:160 e padrão nuclear pontilhado fino; Coombs Direto e Indireto positivos; e pesquisa de Crioaglutininas reagente, com título 1:32. **Discussão:** As Anemias Hemolíticas Auto Imunes (AHAI) consistem em um grupo de patologias nas quais autoanticorpos fixam-se a antígenos na membrana de eritrócitos mediando sua destruição precoce. No caso da AHAi por crioaglutininas – também denominada de Doença por Aglutininas a frio (DAC), autoanticorpos comumente da classe IgM levam à hemólise e à hemoaglutinação em temperaturas inferiores a 37°C. Assim, em exposição leve ou moderada ao frio os pacientes podem apresentar palidez, acrocianose e fenômeno de Raynaud. A suspeita clínica pode ser confirmada por pesquisa de crioaglutininas positiva e teste de antiglobulina direta (Coombs) positivo. Em situações nas quais a concentração de autoanticorpos é pequena, o Coombs direto pode ser negativo. O desaparecimento da hemoaglutinação quando há o aquecimento do sangue a 37°C é igualmente relevante no diagnóstico do quadro. Alguns pacientes podem produzir outros autoanticorpos como anti-DNA ou FAN. Complementarmente, uma Biópsia de Medula Óssea é essencial para descartar neoplasias hematológicas ou linfomas. Em pacientes levemente sintomáticos, o tratamento consiste em evitar a exposição ao frio, e em casos mais graves agentes citotóxicos podem ser necessários.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.717>

716

ANEMIA MIELODISPLÁSICA: UM RELATO DE CASO

J.T. Schiavini, M.A.F. Chaves, G. Zattera, C.A.S. Souza, V. Hoinatz, L. Cichoski, M.F. Barro, J. Plewka

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brazil

Objetivo: Relatar o caso clínico de um paciente diagnosticado com uma mielodisplasia em um Hospital Universitário. **Metodologia:** A coleta de dados do paciente foi realizada no prontuário eletrônico Tasy® e foi utilizado banco de dados como SciELO e Pubmed para levantamento de artigos científicos e revisão de dados. **Relato do caso:** Retrata-se o caso clínico de um paciente do sexo feminino, de 89 anos, com sintomas de intensa fraqueza, hiporexia, dispnéia e com episódios de epistaxe e hemorroida grau

IV com sangramento ativo, com presença de linfonodos palpáveis em cadeias submandibulares bilateralmente, encaminhada ao Hospital devido a anemia crônica e trombocitopenia. Em relação aos exames: hemoglobina 6,8 g/dL, leucograma 6.899 mm^3 (690 blastos/ mm^3 , 69 metamielócitos/ mm^3 , 552 bastonetes/ mm^3 , 759 segmentados/ mm^3 , 1.104 linfócitos/ mm^3 , 552 monócitos/ mm^3 , 2.760 basófilos/ mm^3 e 414 linfócitos atípicos/ mm^3) plaquetas 25.300 mm^3 , com presença de eritroblastos displásicos e displasia de células brancas lactato desidrogenase (LDH), bilirrubina total e frações e Proteína C Reativa (PCR) alterados. As hipóteses diagnósticas foram mielofibrose, neoplasia ginecológica, leucemia mieloide crônica, até que com o encaminhamento ao hematologista e a revisão de lâmina, foi dado o diagnóstico de síndrome mielodisplásica, aguardando a biópsia de medula óssea com imunofenotipagem para fechar o diagnóstico. Foi descartado a possibilidade de quimioterapia devido à idade avançada da paciente. **Discussão:** A síndrome mielodisplásica é um grupo de distúrbios que ocorre devido a um defeito clonal nas células progenitoras hematopoiéticas, principalmente nos idosos, onde a produção das células sanguíneas fica ineficaz, promovendo citopenias. A causa ainda não é conhecida, mas sugere-se estar associada a alterações genéticas devido a exposições quimioterápicas, radioterápicas, cigarro e produtos tóxicos. A fisiopatologia dessa falência medular pode estar envolvida no início com uma susceptibilidade à apoptose, causando os sintomas de fraqueza, sangramentos recorrentes, e ao decorrer da doença ao aumento da proliferação desses clones, podendo progredir para uma leucemia. No caso relatado, devido a contagem alta de basófilos, foi solicitado a imunofenotipagem para investigação se essa seria a população de células anômalas e assim classificá-la. **Conclusão:** As alterações hematológicas normalmente são os primeiros sinais percebidos na mielodisplasia e podem auxiliar no diagnóstico e controle da doença. Percebe-se a importância principalmente do hemograma e da evolução desse, para que mais precocemente seja feito o diagnóstico e assim o tratamento, trazendo mais qualidade de vida ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.718>

717

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO NEUTRÓFILO/LINFÓCITO (RNL) NO PRIMEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO NA PREDIÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPSIA

A.P.N. Godoi^a, G.C. Santos^a, P.C.S. Sá^a, P.N. Alpoim^b, M.D.G. Carvalho^b, M.B. Pinheiro^a

^a Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Campus Centro Oeste Dona Lindu, São João del-Rei, MG, Brasil

^b Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil