

Relato de caso: Paciente ARS, mulher, 62 anos, proveniente da cidade de Quedas do Iguaçu, deu entrada no pronto-socorro do HUOP de Cascavel no dia 22/07/2020, devido ao quadro de plaquetopenia e lesão em pé esquerdo, caracterizada como pé diabético. Nos exames realizados na cidade de origem, apresentou contagem de plaquetas de 23.000 mm^3 . A paciente apresenta diabetes melitus tipo 2 e hipotireoidismo. Nos exames admissionais apresentou contagem de plaquetas de 95.100 mm^3 , com presença de desvio leucocitário a esqueda. Iniciado tratamento com corticoides Dexametasona e Prednisona. Em hemograma realizado no dia 25/07, a paciente apresentou contagem de plaquetas de 7.600 mm^3 , sendo realizado trasfusão de 06 unidades de plaquetas. Após a transfusão a contagem foi de 80.900 mm^3 . Realizado procedimento cirúrgico de desbridamento do calcâneo esquerdo, no dia 01/08, devido a plaquetopenia, foram transfundidos duas unidades de plaquetas durante o procedimento. A paciente segue internada para tratamento pós operatório, porém sem novas alterações nos níveis de plaquetas. **Discussão:** A purpura trombocitopenica idiopatica (PTI) é uma doença caracterizada por trombocitopenia, onde o indivíduo possui autoanticorpos, geralmente da classe IgG, direcionados a antígenos da membrana plaquetária, o que leva à destruição precoce das plaquetas e menor contagem de plaquetas circulantes. Os sintomas mais comuns são petéquias, equimoses, epistaxe, gengivorragia e menorragia. A gravidade dos sintomas está associada com as contagens de plaquetas, sendo maior quando elas são abaixo de 10.000 mm^3 , nesses casos provocando hemorragias mais graves, como gastrintestinal e intracraniana. Os pacientes assintomáticos e com contagem plaquetária acima de 30.000 mm^3 tendem a seguir um curso clínico favorável, sendo baixa a morbimortalidade relacionada à doença. O tratamento da PTI consiste no uso de corticosteroides, para aumentar a contagem de plaquetas, sendo a Prednisona a de primeira linha, embora a Dexametasona ou metilprednisolona também podem ser usadas, o último teria a vantagem de aumentar a contagem de plaquetas mais rapidamente, portanto, teria uma indicação em casos de maior gravidade. Em pacientes diabéticos são necessárias doses mais altas, o que pode levar a uma descompensação metabólica da glicemia. Uma das complicações mais comuns do diabetes é a formação de úlceras nos membros inferiores, ocasionando o pé diabético. As úlceras decorrem geralmente de traumas e se complicam com gangrena e infecção, ocasionados por falhas na cicatrização e podem resultar em amputação. A presença de PTI em pacientes diabéticos, pode ser um fator agravante no surgimento de lesões, devido a coagulação desses pacientes estar prejudicada, o que leva à importância do diagnóstico de PTI e acompanhamento desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.736>

735

RECIDIVA DE LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA EM SISTEMA NERVOSO CENTRAL – RELATO DE CASO

B.L. Scarpato, A.P.S. Castanhel, C.M.R. Franzon, A.O.M. Wagner, A.C.W. Lopes

Laboratório Médico Santa Luzia, São José, SC, Brasil

Relato do caso: Paciente do sexo masculino, 37 anos foi internado para investigação de pancitopenia grave no ano de 2017. Foi realizado imunofenotipagem de medula óssea e foi constatado 92% de células imaturas (CD45+fraco) de linhagem mielóide (CD117+) compatíveis com blastos de Leucemia Mielóide Aguda (LMA), sendo o fenótipo sugestivo de Leucemia Promielocítica Aguda (LPA): CD13+CD33++ Homogêneo MPO++, CD34, CD15 e HLA-DR negativos. A análise do mielograma encontrou 74% de células mielóides imaturas sugestivos de LPA. O hemograma apresentou leucopenia com 21% de blastos granulares e com núcleo pleomórfico. No ano de 2019, o mesmo interna novamente para investigação de recidiva de LPA em Sistema Nervoso Central (SNC). A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) mostrou 88% de células de linhagem granulocítica, com citoplasma pleomórfico e hipergranular. Núcleo irregular, com cromatina grosseiramente reticulada e nucléolos evidentes. A análise imunofenotípica da medula óssea mostrou 9,6% de células imaturas (CD45+fraco) de linhagem mielóide (CD117+MPO++) compatíveis com blastos de Leucemia Mielóide Aguda, sendo o fenótipo sugestivo de Leucemia Promielocítica Aguda: MPO++, CD33++, CD13+/++ e negativo para CD34 e HLA-DR. A fraca expressão de CD15 pode estar relacionada com o início do tratamento com ATRA (CD15-/+). A pesquisa de t(15;17) apresentou resultado presente de banda compatível para PML-RAR α isoforma bcr1. **Discussão:** LPA é um subtipo de LMA e é uma das entidades mais bem definidas geneticamente e clinicamente, já que tem aspectos clínicos, moleculares e citogenéticos característicos. Os achados laboratoriais e clínicos mais comuns na apresentação inicial são pancitopenia, coagulopatia, promielócitos hipergranulares/microgranulares, a presença da t (15;17)(q21;q22) e a proteína de fusão resultante leucemia promielocítica – receptor de ácido retinóico α (PML-RAR α). O tratamento com ATRA induz remissão completa em até 85% a 95% dos pacientes recém-diagnosticados, e quando combinado com quimioterapia citotóxica prolonga a sobrevida global e livre de doença. Apesar do aumento na sobrevida global, recidivas ainda acontecem e devem ser prontamente identificadas. O sítio mais comum de recidiva de LPA é a medula óssea, em SNC é um evento incomum, variando na literatura entre 5,3%–7,6% das recidivas. Envolvimento do SNC em LPA é preditor de mau prognóstico, já que a erradicação dos promielócitos neoplásicos neste sítio é mais difícil. Como resultado, a sobrevida global desses pacientes é menor do que aqueles que apresentam apenas recidiva hematológica. São considerados fatores de risco para recidiva em SNC: alta contagem de leucócitos ($> 10 \times 10^9/L$) ao diagnóstico, hemorragia no SNC, expressão de CD2 e/ou CD56 nos promielócitos anormais, isoforma bcr3



do PML-RAR α , síndrome de diferenciação, uso de monoterapia e regimes que não incluem citarabina. O paciente em questão não apresentava nenhum dos critérios laboratoriais citados como risco para envolvimento do SNC. **Conclusão:** Profissionais de laboratório devem estar atentos a esta hipótese diagnóstica. Para a confirmação de infiltração em SNC é necessário a realização de imunofenotipagem, no entanto, no presente caso, foi possível identificar as células através da citologia específica do líquido em coloração de Giemsa em tempo hábil, agilizando a abordagem diagnóstica e adequação terapêutica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.737>

736

RELATO DE UM CASO CLÍNICO: LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA (LLA)

M.A.F. Chaves, B.M. Klauck, N.A. Hora, B. Silva, F. Rigon, S.L. Utzig, L.F. Corbari, M.F. Barros, J. Plewka

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

Objetivo: Apresentação de um caso clínico de Leucemia Linfóide Aguda (LLA) presente no Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). **Metodologia:** Para este relato foram coletados os dados do prontuário eletrônico Tasy[®], referentes ao período de internação e acompanhamento da paciente. **Relato do caso:** L.S.M., 4 anos, encaminhado ao Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP) devido à uma anemia de causa indeterminada. A criança estava acompanhada da mãe, que relatava ter observado que ele estava “amarelo” e com aumento de temperatura corporal (37°–38°C), sem nenhum sinal ou sintoma associado. Nega doenças prévias, cirurgias, internações e alergias. Alimentação pouco balanceada, pobre em nutrientes, segundo a descrição da mãe. Paciente apresentava-se ativo e reativo, hipocorado, hidratado, icterício, acianótico, afebril e eupneico. Apresentava tosse seca há duas semanas, portanto fora solicitado exames para triagem de COVID-19, resultando em teste não reagente. Resultados de exames laboratoriais: Hemograma: Hb: 4,3; E: 1,62 milhões/mm³; Ht: 11,9%; VCM: 73,5 μ g/l; HCM: 26,50 pg; CHCM: 36,10 g/dl; RDW: 12,4%. Leucócitos: 5.392 (Bastões: 1%; Segmentados: 11%; Monócitos: 1%; Eosinófilos: 3%; Basófilos: 1% e Linfócitos: 83%). Plaquetas: 77.000 mm³. Presença de alterações eritrocitárias: poiquilocitose 1+ e eliptocitose 1+. Outros exames como LDH, contagem de reticulócitos, coombs direto e bilirrubina total e frações não apresentaram alterações. Após o resultado dos exames, o paciente foi encaminhado ao Hospital do Câncer de Cascavel (UOPECCAN) para realização de biópsia de medula, devido à suspeita de Leucemia Linfóide Aguda (LLA), pelo quadro de bicitopenia e neutropenia febril, confirmando diagnóstico de leucemia. **Discussão:** A LLA apresenta um bom prognóstico, com alta taxa de remissão completa em casos tratados com quimioterapia. Ocorre principalmente nas idades de 0 a 14 anos e o risco de desenvolver a doença nos primeiros 10 anos é mais frequente. O tratamento da LLA varia de dois a três anos, se baseando nos seguintes esquemas: indução de remissão, intensificação-

consolidação, reindução, prevenção da leucemia no sistema nervoso central e continuação ou manutenção de remissão. **Conclusão:** Conclui-se que o hemograma é um exame de extrema importância no rastreamento de neoplasias, uma vez que é um exame de rotina de fácil coleta e simples de ser realizado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.738>

737

RELATOS DE RARA ETIOLOGIA DE CRIOGLOBULINEMIA TIPO I DE BROUET: A IMPORTÂNCIA DO LABORATÓRIO CLÍNICO

M.A.M. Pereira, A.B. Kiss, I.C. Barros, C. Vasconcellos, P. Fernandes, S. Kanaan, H. Kang

Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A crioglobulinemia é a presença de crioglobulinas no soro. As crioglobulinas são imunoglobulinas que formam um precipitado reversível às temperaturas abaixo de 37°C (abaixo da temperatura corporal central). Elas podem provocar manifestações clínicas, como uma inflamação sistêmica de pequenos e médios vasos devido a deposição de imunocomplexos em glomérulos e rede vascular. A classificação de Brouet usada nas crioglobulinemias está relacionada com os tipos de imunoglobulinas, e pode ser dos tipos I, II e III, sendo o tipo I caracterizado pela presença de IgG, IgM ou IgA monoclonais isoladas. O tipo I tem como principais doenças associadas ou subjacentes, as doenças linfoproliferativas, discrasias de células plasmáticas, Linfoma difuso de grandes células B, macroglobulinemia de Waldenstrom, leucemia linfocítica crônica e mais incomum, a gamopatia monoclonal de significado indeterminado. **Caso 1:** Paciente feminina de 67 anos, apresentando lesão ulcerada em maléolo, com cerca de 6 mm, com saída de secreção serosa e tecido de granulação central. Aos exames iniciais, confirmou-se a negatividade das sorologias para hepatites e constatou-se uma anemia hemolítica, porém sem queixas clínicas. No decorrer da investigação, diagnosticou-se uma gamopatia monoclonal de significado indeterminado além da crioglobulinemia. **Caso 2:** Paciente masculino de 83 anos, com quadro de anemia hemolítica autoimune. Após investigação mais detalhada foi diagnosticado com uma gamopatia monoclonal de significado indeterminado. O paciente, por vezes, apresentou sinais indiretos de crioglobulinemia como, fenômeno de Raynaud além de um evento isquêmico no hálux esquerdo. Paciente apresentou sorologias negativas para hepatites. **Discussão:** Os casos apresentados foram suspeitos para crioglobulinemia não só pelas manifestações clínicas dos pacientes, mas sobretudo pelos padrões de artefatos encontrados ao exame automatizado, como as variações na plaquetometria, leucometria e no volume corpuscular médio, aliado a uma hematimetria incompatível à primeira vista. Foi possível observar ainda a presença de material amorfo no esfregaço de sangue periférico, além da formação de precipitado no sangue de amostras após sedimentação a temperatura ambiente, ou ainda “grumos” aderidos as paredes dos tubos de coleta **Conclusão:** O trabalho apresenta dois pacientes com

