

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, icterico, 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 µg/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