

rara etiologia para o tipo I de crioglobulinemia de Brouet, isto é, portadores de gamopatia monoclonal de significado indeterminado, ao passo que discute a importância dos artefatos e achados laboratoriais para o diagnóstico dos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.739>

738

SÍNDROME MIELODISPLÁSICA/MIELOPROLIFERATIVA: RELATO DE CASO



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

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

Introdução: As síndromes mielodisplásicas (SMD), assim como as mieloproliferativas, são distúrbios originados na célula-tronco da medula óssea, participam de um grupo heterogêneo de doenças hematopoiéticas, possuem variados tipos de manifestação clínica e patológica. Na SMD, há uma produção insuficiente de células sanguíneas, já em casos de doenças mieloproliferativas ocorre uma proliferação da linhagem mieloide, podendo ser de uma ou mais linhagens, e essas desordens frequentemente progredem para o desenvolvimento de uma Leucemia Mieloide Aguda (LMA). **Objetivos:** Investigar alterações hematológicas em um caso clínico de síndrome mielodisplásica/mieloproliferativa. **Material e métodos:** Foram coletados os dados do prontuário eletrônico Tasy[®], referentes ao período de internação e acompanhamento da paciente no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 53 anos, não etilista e tabagista vigente há 20 anos, realiza acompanhamento no ambulatório de reumatologia deste serviço devido a lúpus eritematoso sistêmico, compensado parcialmente com o uso de Tacrolimus, prednisona e hidroxicloiquina. Devido a alterações nos exames laboratoriais de rotina, paciente deu entrada no pronto socorro para consulta, relatando fadiga generalizada, hiporexia, episódios de náuseas e desconforto em abdome superior após ingestão do Tacrolimus, referiu surgimento de equimoses em regiões de impacto, ocorrência de disúria terminal e hematúria, negou febre e sintomas em demais sistemas. **Exames laboratoriais:** Hemograma com hemoglobina de 6,9 mg/dL; hematócrito 26,1%; VCM 93,2%; leucócitos 45930/mm³(blastos 5%; promielócitos 1%; mielócitos 9%; metamielócitos 13%; bastões 10%; segmentados 50%; linfócitos 11%; monócitos 1%); plaquetas 316500/mm³; desidrogenase láctica 556 U/L; reticulócitos 3,9% e parcial de urina com traços de proteína e hemoglobina, nitrito positivo, 10 leucócitos/campo, cristais de urato amorfo e ácido úrico e bacilos gram negativos. Diante dos resultados observados, foram levantadas suspeitas de reação leucêmica secundária ao uso de medicamentos ou secundária à infecção, suspendendo o uso de Tacrolimus. Após análise do esfregaço sanguíneo a hipótese diagnóstica mais provável foi de Leucemia Mieloide Crônica, encaminhando paciente para serviço de oncohematologia para realizar biópsia de medula óssea. A análise imunofenotípica da medula óssea mostrou

5,7% de blastos da linhagem mieloide e padrão anormal de maturação neutrofilica sugestiva de neoplasia mieloproliferativa/mielodisplasia. Mielograma compatível com SMD. Medula com infiltrado do tipo leucêmico agudo ou subagudo. Cariótipo 46 XX, PCR BCR-ABL (p210) negativo. Linfonodos com hiperplasia linfóide atípica, compatível com linfoma de grandes células. Linfonodomegalias retroperitoneais de aspecto suspeito para doença linfomieloproliferativa. Devido ao quadro de alto risco, paciente não evoluiu bem ao tratamento induzido, hipossaturando, taquicárdica e taquidispneica, sem indicações de medidas invasivas em razão de doença de base agressiva: síndrome mielodisplásica – Leucemia Mieloide Aguda e suspeita de Linfoma, indo a óbito.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.740>

739

SUBUTILIZAÇÃO DA CONTAGEM DE RETICULÓCITOS EM LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS EM DIVINÓPOLIS/MG



J.C. Gois, V.L. Sutana, R.C. Figueiredo, D.R.A. Rios

Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ),
São João del-Rei, MG, Brasil

Objetivo: Estimar o percentual de contagem de reticulócitos em relação aos hemogramas realizados nos laboratórios de análises clínicas de Divinópolis/MG. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo realizado nos laboratórios de análises clínicas do município de Divinópolis/MG inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Após contato com os responsáveis pelos laboratórios, estes foram convidados a participar da pesquisa, sendo realizada uma entrevista com base em um questionário estruturado a fim de obter as informações dos números de hemogramas e contagens de reticulócitos realizados durante os últimos doze meses. O questionário também visou identificar se o atendimento era ambulatorial ou hospitalar, se a instituição era pública ou privada, de pequeno, médio ou grande porte e quais os métodos eram utilizados para realização dos exames. **Resultados:** Foram identificados 15 laboratórios de análises clínicas em Divinópolis/MG, dos quais 11 foram entrevistados (73%), dois eram apenas posto de coleta e dois não aceitaram participar da pesquisa. Foram realizados 276.666 hemogramas e 4.248 contagens de reticulócitos nos últimos doze meses em todos os laboratórios. A maioria dos laboratórios é privado (81%), são considerados de médio porte (54%) e realizam exclusivamente atendimento ambulatorial (54%). Para realizar o hemograma, a maioria (81%) utiliza a técnica citometria de fluxo e para a contagem de reticulócitos todos realizam a técnica manual com o reagente azul de cresil brilhante. **Discussão:** Neste estudo foi demonstrado que o percentual de contagem de reticulócitos em relação ao número de hemogramas realizado nesse mesmo período foi de 1,5%. Esse percentual baixo foi encontrado tanto em laboratórios que realizam atendimento ambulatorial (1,9%) ou ambulatorial e hospitalar (2,5%), em instituições públicas (0,9%) ou privadas (1,9%), de pequeno (5,8%), médio (1,0%) ou grande porte (1,5%). Mesmo sabendo que o hemograma é um dos exames mais realizados mundial-

mente e não é exclusivo para o diagnóstico de anemia, o número de hemogramas executado é muito superior a contagem de reticulócitos. Algumas anemias compartilham semelhança nos exames laboratoriais e nas manifestações clínicas, por isso é extremamente importante que o diagnóstico seja realizado corretamente, pois é por meio dele que o tratamento adequado pode ser indicado. Um tratamento indevido, por um diagnóstico incorreto pode levar a complicações graves, como por exemplo, a indicação errônea de suplemento de ferro, que pode levar a uma sobrecarga do mesmo, acarretando em toxicidade, acúmulo no fígado, coração, glândulas endócrinas e até mesmo a morte. **Conclusão:** O número de contagem de reticulócitos é significativamente menor quando comparado ao hemograma em laboratórios da rede pública e privada, mesmo sendo o primeiro exame complementar para o diagnóstico da anemia. A baixa solicitação da contagem de reticulócitos pode estar relacionada com o a desvalorização do mesmo no meio clínico ou pela falta de acurácia e pobre reprodutibilidade dos resultados encontrados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.741>

740

VACUOLIZAÇÃO CITOPASMÁTICA INTENSA EM CRISE ERITROBLÁSTICA NA LEUCEMIA MIELOÍDE CRÔNICA: DESAFIO MORFOLÓGICO



P. Vicari, V.C. Queiroz, V. Sthel, M.C. Bruno, C.C. Cabral, S.S. Ioguy, S.S. Andrade, D.R. Ramadan, S. Tufik

AFIP – Medicina Diagnóstica, Santos, SP, Brasil

Introdução: Leucemia Eritróide Pura (LEP) é uma forma rara de leucemia mielóide aguda (LMA) reconhecida por seu atributo fenotípico distinto de proliferação eritroblástica. Representa 1% das LMAs e ocorre tipicamente em idosos, predominantemente em homens (2:1). Por outro lado, cerca de 70% das transformações blásticas da Leucemias Mielóides Crônicas (LMC) são mielóides, podendo ocorrer em múltiplas linhagens ou predominar em uma: mieloblástica, basofílica, eosinofílica, megacarioblástica, monocítica ou eritroblástica. LEP pode apresentar displasia mielóide e eritroblastos com assincronismo N/C, multinuclearidade, lobulações nucleares, cariorrexe, aspectos megaloblastóides e, mais raramente, vacuolização citoplasmática. **Objetivo:** Descrever desafios dos aspectos morfológicos na crise eritroblástica da LMC. **Relato de caso:** Mulher de 37 anos com LMC (BCR ABL1 p210) em outro serviço, tratada com Nilotinibe. Após 12 meses do diagnóstico evolui com Hemoglobina 9,4 g/dL; Ht 37%; leucócitos 48.000 mm³; Blastos 13.920 mm³; Plaquetas 64.000 mm³; Medula óssea com 63,5% de blastos grandes, núcleos arredondados a irregulares, cromatina frouxa, nucléolos evidentes, basofilia citoplasmática e vacuolização citoplasmática intensa; Imunofenotipagem CD45 fraco, CD36, CD117, CD71, CD33, CD38 e CD105 positivos; CD34, CD13, MPO, 11b e HLA-DR negativos. **Discussão:** A maturação eritroide (eritropoiese terminal) ocorre nas ilhas eritroblásticas, que consistem em um macrófago central rodeado por eritroblastos que facilita a eritropoiese e fornece ferro a estes. Durante essa fase,

proeritroblastos sofrem alterações, como redução do tamanho celular, condensação cromatínica, produzem hemoglobina e reduzem a capacidade proliferativa originando eritroblastos basofílicos, policromáticos e ortocromáticos, sucessivamente. Ao final da maturação terminal, expõem seus núcleos e perdem organelas, como aparelho Golgi, retículo endoplasmático, mitocôndrias e ribossomos. Posteriormente, a maturação reticulocitária continua, perdendo 20%–30% da superfície celular e eliminando organelas citosólicas ligadas à membrana por meio de uma via combinada de autofagia-exossomo. Mesmo que vários fatores sejam conhecidos por regular a eritropoiese, a Eritropoetina é o principal, impulsionando proliferação, diferenciação e prevenindo apoptose. Apesar de vacúolos serem visualizados em precursores eritróides, o aumento desta vacuolização não é frequente e podem ser vistos na deficiência de cobre, síndrome de Pearson e síndromes mielodisplásicas. Neste caso, a paciente era jovem diagnosticada com LMC em crise eritroblástica com intensa vacuolização citoplasmática, sendo um confundidor importante na caracterização morfológica celular. A presença de vacúolos citoplasmáticos também pode ser vista em outras neoplasias, tais como linfomas B de alto grau, mieloma plasmoblástico, leucemia megacariocítica e doenças metastáticas. Assim, exames complementares como imunofenotipagem e citogenética são mandatórios para guiar o correto diagnóstico. **Conclusão:** Este caso destaca as complexidades que podem ser vivenciadas na subclassificação das leucemias agudas apenas pela morfologia e reforça a importância da citometria de fluxo como pilar diagnóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.742>

741

VALIDAÇÃO DO PROCESSO DE CENTRIFUGAÇÃO DE BOLSAS TRIPLAS DE SANGUE TOTAL UTILIZANDO A CENTRÍFUGA THERMO SCIENTIFIC 16-S NO HEMOCENTRO DE GOIÁS



L.B.A. Lima, P.A. Siqueira, D.S. Goulart, A.C.N. Mendes

Hemocentro de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

Objetivo: Validar a centrifugação de bolsas triplas de sangue total na centrífuga refrigerada modelo Thermo Scientific 16-S, garantindo que todos os hemocomponentes atendam os requisitos de qualidade estabelecidos pelas normas técnicas. **Material e método:** Estudo descritivo de centrifugação de bolsas triplas de sangue total (ST) da marca Terumo e análise do controle de qualidade entre os dias 29 de Maio e 08 de Julho de 2020. A validação foi do tipo prospectiva. Foram realizados 3 testes envolvendo os parâmetros: velocidade, tempo, aceleração, frenagem e temperatura. Terminado os processos, os segmentos das bolsas foram encaminhados para o controle de qualidade. Foram avaliados: peso em gramas, volume, número de plaquetas e leucócitos, hematócrito (Ht) e hemoglobina (Hb). Após a primeira centrifugação do concentrado de hemácias foram avaliados o volume, Ht, Hb, número de plaquetas e do plasma rico em plaquetas (PRP) foi avaliado o número de plaquetas e o rendimento da primeira