

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 plasmablasto, 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