

A doença falciforme (DF) é uma patologia genética, que necessita ser herdada de ambos os pais que possuem o gene da Hemoglobina S, de herança recessiva. O mecanismo fisiopatológico da doença pode causar várias manifestações clínicas agudas e crônicas. A dor é a manifestação mais comum em pacientes com DF, pois as crises algicas ocorrem muitas vezes inesperadamente e impactam diretamente na qualidade de vida desses pacientes. O requisito mais importante nas variáveis de medição da dor é que ela seja válida, confiável e consistente e acima de tudo, útil. Dessa forma, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a percepção da dor em pacientes com DF, através de um questionário semiestruturado com perguntas e instrumentos validados de avaliação da dor. A pesquisa foi realizada na Fundação Hemominas de Belo Horizonte. Foram recrutados para o estudo 45 pacientes, com diagnóstico de DF. Os participantes apresentaram maior prevalência de idade de 31 a 40 anos e predomínio de negros e pardos. O tipo de hemoglobinopatia mais encontrado nesses participantes foi a SS (HbSS). A média de intensidade avaliada pela escala analógica visual (0-10) foi de 6,94 pontos, classificada como dor moderada. Os locais mais frequentes da dor foram na coluna lombar, joelhos e cotovelos. O índice de dor de McGill foi de 36,23, representando uma dor moderada na análise quantitativa entre os pacientes. Na avaliação multidimensional qualitativa da dor foram citados todos os domínios do McGill com uma média de 15,49. Assim, torna-se necessária uma abordagem na avaliação dos atributos da dor nos pacientes com DF.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.024>

ANÁLISE DO MICROBIOMA EM ÚLCERA DE PERNA DE PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME

F Mendes-Oliveira^{a,b}, R Martins^b, VR Souza^a, F Gomes^c, E Bolina^c, M Ozahata^b, L Franco^b, AB Carneiro-Proietti^a, E Sabino^b, AR Belisário^a

^a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais (Hemominas), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Instituto de Medicina Tropical, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

^c Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: As úlceras de perna (UP) na doença falciforme (DF) são relativamente comuns, dolorosas e persistentes. A microbiota presente em UP de indivíduos com DF não é conhecida. **Objetivo:** descreve a microbiota da UP em pacientes com DF e comparar com a microbiota presente na pele íntegra. **Métodos:** De junho de 2017 a abril de 2019, 87 pacientes HbSS do Hemocentro de Belo Horizonte (Fundação Hemominas) e 30 participantes saudáveis foram inscritos, pareados por sexo e idade. Quatro grupos de amostras foram obtidas: caso 1 - UP; caso 2 - pele íntegra de pacientes com UP; controle 1 - pele íntegra de pacientes com DF e sem histórico de UP; e controle 2 - pele íntegra de participantes sem DF e sem histórico de outras doenças crônicas. O DNA bacteriano foi

extraído utilizando o FastDNA™ Spin Kit (MP Biomedicals) e a amplificação do domínio V4 do gene 16S rRNA foi realizada. As amostras foram quantificadas com o fluorímetro Qubit® 2.0 (Invitrogen™) e a biblioteca foi realizada pelo Ion Chef System. O sequenciamento conduzido pela plataforma Ion Torrent e as sequências analisadas pelo QIIME 2. As métricas das diversidades alfa (OTUs, uniformidade de Pielou, Shannon, Simpson, Chao1 e diversidade filogenética de Faith) e beta (Jaccard, Bray-Curtis, UniFrac não ponderada e UniFrac ponderada) foram estimadas por Kruskal-Wallis e PERMANOVA, respectivamente. Além disso, realizou-se análise de abundância diferencial (ANCOM). **Resultados:** Foram sequenciadas 84 amostras, sendo 22 amostras de UP, 17 de pele íntegra de pacientes com UP, 23 de pele íntegra de paciente HbSS sem história de UP e 22 de pele íntegra do participante sem DF e outras doenças crônicas. Diferenças estatísticas foram encontradas entre amostras dos diferentes grupos para a diversidade alfa ($p < 0,05$), com exceção das amostras de pele íntegra dos pacientes DF com UP e sem UP. A diversidade pelo índice de Pielou não apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pele íntegra. Na diversidade beta, diferenças estatísticas foram observadas ($p < 0,05$), exceto na comparação da pele íntegra dos pacientes com UP e a dos pacientes sem história de UP pelo índice de UniFrac ponderada. Dos 38 filos de bactérias identificados, os de maior abundância foram Proteobacteria, Firmicutes e Actinobacteria. Na comparação entre as peles íntegras, diferenças significativas foram encontradas na abundância do filo OP3 ($p = 0,01890$; $p = 0,04890$) para a pele íntegra dos pacientes com e sem UP e entre a pele íntegra dos pacientes sem UP e dos controles sem história de doenças crônicas, respectivamente. As diferenças também foram observadas nas abundâncias dos filos FBP ($p = 0,01560$), Nitrospirae ($p = 0,00799$) e SBR1093 ($p = 0,00697$) para a pele íntegra dos pacientes com UP e dos sem histórico de doenças crônicas. A espécie *Kocuria palustris* apresentou maior abundância nas UP (86%). **Discussão:** O microbioma contribui no equilíbrio da saúde humana e são raros os estudos que o correlacionam com as úlceras de perna na AF. Houve diferenças significativas na microbiota presente na LU e pele íntegra, sugerindo que a microbiota pode contribuir para a persistência da ferida, podendo ser alvo de tratamentos. **Conclusão:** Nosso estudo mostrou diferenças na diversidade microbiana das UP quando comparada com a pele íntegra. Além disso, destacou-se pela primeira vez maior abundância da espécie *Kocuria palustris* na UP, sugerindo associação com a persistência da ferida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.025>

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE CAUSADA POR AUTO-ANTI-E: RELATO DE CASO

CF Cunha^a, ASI Assis^a, GS Reis^a, LDCD Dias^a, AA Ferreira^a, MA Mota^b, GTC Mayrink^b

^a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Hospital Universitário, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil



^b Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: A Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) é uma doença caracterizada pela destruição de eritrócitos consequente à produção de autoanticorpos, podendo resultar também em ativação do complemento. O diagnóstico de AIHA deve ser realizado através de abordagens passo-a-passo que visam identificar evidências laboratoriais e clínicas de hemólise. Investigações simples iniciais alertam sobre a sugestão de hemólise como a causa da anemia, incluindo anemia normo/macrocítica, contagem elevada de reticulócitos, bilirrubina não conjugada elevada, haptoglobina reduzida e esfregaço de sangue com policromasia ou características mais específicas, como presença de esferócitos ou aglutinação. É importante que se eliminem causas alternativas para os achados laboratoriais e clínicos para que se alcance diagnóstico conclusivo de AHAI. **Relato de caso:** M.L.R., 65 anos, branco, encaminhado para a Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia do HU-UFJF/EBSERH para investigação de anemia associada à icterícia. Exames laboratoriais revelaram anisocitose e macrocitose intensas, policromasia moderada, presença de eritroblastos (1 em 100 leucócitos) e aumento de reticulócitos (14,5%). Exames bioquímicos apresentaram elevação de desidrogenase láctica (924 U/L), gama glutamiltransferase (154 U/L), transaminase oxalacética (51 U/L), bilirrubina total (4,24 mg/dL) – direta (2,31 mg/dL) e indireta (1,93 g/dL), fosfatase alcalina (150 U/L), cobre (235,7 µg/dL) e vitamina B12 (1975 pg/mL). Foram detectados também valor muito baixo de haptoglobina (1 mg/dL) e Teste da Antiglobulina Direto (TAD) positivo. Uma vez que a suspeita de hemólise foi confirmada, o paciente foi encaminhado para o setor de hemoterapia para investigações sobre a natureza imune desta manifestação. Repetimos o TAD, que exibiu resultado de forte aglutinação (4+), ratificando o quadro sugestivo de hemólise. Realizamos então o TAD monoespecífico, com o qual pudemos determinar a causa da hemólise como sendo por anticorpos classe IgG, reforçando a hipótese de anemia hemolítica a quente. A Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) apresentou reatividade de 4+, assim como a pesquisa de auto anticorpo. Com base neste resultado, passamos para os testes de Identificação de Anticorpos Irregulares, o qual nos levou a detectar presença de anti-e. Realizamos a análise do eluato, identificando também presença de anti-e. Investigações adicionais foram realizadas para a exclusão de outras patologias, como doenças infecciosas e linfoproliferativas. Diante dos resultados laboratoriais e avaliação clínica, em conjunto com os testes imuno-hematológicos, foi possível concluirmos o diagnóstico de AHAI a quente causada por autoanticorpos IgG anti-e. O paciente iniciou o tratamento com prednisona a 1 mg/kg/dia, apresentando melhora do quadro de anemia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.026>

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE MISTA SECUNDÁRIA A HEPATITE C

NF Beccari, TCF Santos, GM Raitz, I Garbin, LN Farinazzo, MS Urazaki, CCI Streicher, MCL Falco, NR Ziolla, VG Freitas



Hospital de Base, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de anemia hemolítica autoimune secundária a hepatite C do Hospital de Base de São José do Rio Preto. **Metodologia:** Os dados foram obtidos de forma sistemática por meio de entrevista e revisão do prontuário. **Relato de caso:** Paciente feminino, 57 anos, com histórico prévio de drogadição, encaminhada ao serviço do Hospital de Base devido oclusão aortoiliaca para avaliação e abordagem da cirurgia vascular. Solicitado reserva transfusional para ato cirúrgico, e ao ser realizado testes pré transfusionais evidenciado: Pesquisa de anticorpos irregulares positiva, teste de Coombs positivo com presença de anticorpos da classe IgG, IgM e da fração C3d. Solicitado então, avaliação da hematologia que realizou os seguintes exames de triagem: Hb: 11,16 g/dL Ht: 30,2% RDW: 18,8 VCM: 103 fL HCM: 38 pg Leucocitos: 11.750/mm³ Plaquetas: 161.000/mm³, reticulócito corrigido: 4,7%, Bilirrubina total: 0,36 mg/dL (indireta: 0,19 mg/dL), haptoglobina: 1 mg/dL, provas reumatológicas negativas, sorologia positiva para anti HVC com detecção de carga viral de 287.000 UI/mL. **Discussão:** Anemias hemolíticas autoimunes são caracterizadas por produção de anticorpos contra os próprios eritrócitos. Elas são classificadas a depender da temperatura em que os anticorpos se ligam aos eritrócitos. Na anemia hemolítica ao frio a temperatura ótima de reação ocorre entre 0-4°C e ela corresponde por cerca de 25% dos casos. Já na anemia hemolítica a quente a temperatura ótima de reação ocorre aos 37°C. Na anemia hemolítica mista o plasma possuirá anticorpos quentes (IgG) e frios (IgM). As anemias hemolíticas podem ser primárias (idiopática) ou secundárias a diversas causas como: uso de fármacos, neoplasia, distúrbios linfoproliferativos, reumatológicos ou infecciosos. O quadro clínico decorre principalmente dos sintomas relacionados a anemia. As anemia hemolítica autoimune quente e as mista possuem boa resposta a corticoterapia diferentemente dos casos de anemia hemolítica a frio. Nos casos secundários o tratamento principal deve ser direcionado a doença subjacente. **Conclusão:** Ao nos depararmos com quadro sugestivos de anemia hemolítica autoimune sempre devemos atentar para investigação de causas secundárias. No caso descrito acima foi possível identificar associação com o vírus C e com isso um tratamento direcionado ao fator subjacente poderá levar ao controle e até a resolução do quadro de hemólise.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.027>

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE SECUNDÁRIA A CARCINOMA PAPILÍFERO DE TIREOIDE: RELATO DE CASO

AES Souza, EA Oliveira, GCB Remigio, GA Silva, LOO Paula, LN Pereira, I Rabelo

Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), Alfenas, MG, Brasil

Introdução: A anemia hemolítica autoimune (AHAI) é uma doença adquirida com produção de autoanticorpos que se ligam à superfície dos eritrócitos causando hemólise intra ou

