

sangramento cutâneo-mucoso: 39 casos, sangramento vaginal: 12 casos, associados a gestação: 10 casos, hemorragia digestiva alta/baixa: 03 casos, preparo para esplenectomia: 02 casos, hematoma subdural crônico: 02 casos, sangramento oftalmológico: 02 casos, cirurgia ginecológica: 01 caso, glossectomia: 01 caso, e sangramento pós aspirado de medula óssea: 01 caso. Efeitos adversos observados, temos: cefaleia (04 pacientes), hipotensão arterial (03 pacientes), calafrios (03 pacientes), dor torácica (01 paciente), hipertensão arterial (01 paciente), 08 pacientes referiram não ter apresentado reações adversas e em 05 pacientes essa informação é desconhecida. **Discussão:** IGIV está consolidada como terapia em situações de urgência. Nossos dados corroboram o perfil de segurança, onde o efeito adverso mais frequente é a cefaleia e na maior parte deles são fenômenos considerados como leves. Com a intensão de fornecer melhores cuidados, mantendo a eficácia sem expor a maior toxicidade, apresentações de IGIV 10%, que apresenta menor volume, tem sido testada em diversos trabalhos permitindo um tempo de infusão mais rápido, o que se traduz em melhor qualidade de vida para os pacientes. **Conclusão:** A importância de retratar nossa experiência com uso de IGIV está em poder descrever a eficácia alcançada e o perfil de segurança na nossa prática, num contexto de saúde pública, onde o arsenal terapêutico é reduzido. Percebemos que existem oportunidades de melhoria como a opção de oferecer infusões mais rápidas em pacientes selecionados, algo que em um serviço superlotado permite um uso mais eficiente dos recursos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.135>

135

MANIFESTAÇÕES CLÍNICO-LABORATORIAIS DE PACIENTES ADULTOS PORTADORES DE TROMBOCITOPENIA IMUNE DE CENTRO DE REFERÊNCIA DO CEARÁ

B.S. Kubrusly^a, E.S. Kubrusly^{b,c}, L.L.P.A. Ribeiro^d, M.S. Kubrusly^c, R.C.R. Pitombeira^b, R.A. Ribeiro^b, F.B. Duarte^{a,b,c}

^a Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^b Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

^c Faculdade de Medicina, Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS), Fortaleza, CE, Brasil

^d Faculdade de Medicina, Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Trombocitopenia Imune (PTI) é uma doença autoimune caracterizada por plaquetopenia isolada, podendo apresentar ou não sangramento cutâneo-mucoso e até hemorragia com risco de morte. PTI é uma doença hemorrágica adquirida comumente encontrada na prática clínica. O Serviço de Hematologia do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC - UFC) é o centro de referência do estado para acompanhamento e tratamento dos pacientes adultos portadores de PTI. No ano de 2015, 254 pacientes foram atendidos em consulta com

plaquetopenia. A avaliação laboratorial da trombocitopenia mostrou que 19 (7,5%) pacientes apresentam plaquetopenia de causas não imunológicas, a citar: deficiência de vitamina B12, mielodisplasia, pseudoplaquetopenia, púrpura trombocitopênica trombótica e trombocitopenia hereditária. Os demais 235 (92,5%) pacientes são portadores de PTI, sendo 187 diagnosticados com idade ≥ 18 anos e 48 iniciaram seguimento antes dos 18 anos de idade. Considerando o estudo de série dos pacientes adultos, a abordagem quantitativa mostrou: 154 (82,35%) do sexo feminino, idade média de $42 \pm 16,62$ anos (mínimo: 18 anos e máximo: 88 anos); 145 (80,56%) com manifestações hemorrágicas, em ordem de frequência: equimose, petéquias, gengivorragia, sangramento menstrual, epistaxe, hematoma e pós-extração dentária. Um paciente apresentou sangramento de sistema nervoso central ao diagnóstico. O valor médio das plaquetas do encaminhamento de 143 dos pacientes diagnosticados na idade adulta é $62.000/\text{mm}^3$ (mínimo: $1.000/\text{mm}^3$ e máximo: $167.000/\text{mm}^3$), sendo 55 (38,46%) com plaquetas $< 30.000/\text{mm}^3$ e 37 (25,87%) com contagem de plaquetas $\leq 20.000/\text{mm}^3$, ou seja risco acrescido de sangramento e indica-se terapia com intuito de parar sangramento e levar à remissão completa (plaquetas $\geq 100.000/\text{mm}^3$) ou pelo menos à resposta com plaquetas $> 30.000/\text{mm}^3$. Considerando os exames solicitados nos 187 pacientes: 167 (88,7%) realizaram teste para HIV, 169 (90,37%) realizaram teste para vírus hepatite C (HCV), 148 (82,25%) realizaram fator antinuclear (FAN), 121 (64,7%) para anticoagulante lúpico e 157 (83,95%) realizaram mielograma. Seis (3,22%) pacientes realizaram pesquisa do *Helicobacter pylori*. Nenhum paciente testado para HIV foi positivo. Dezoito (9,6%) dos pacientes diagnosticados na idade adulta apresentam PTI secundária associada, a citar: lúpus eritematoso sistêmico (5 casos), síndrome do anticorpo antifosfolípideo (5 casos), infecção por *Helicobacter pylori* (2 casos), leucemia linfóide crônica (1 caso), infecção pelo vírus hepatite C (1 caso), linfoma folicular (01 caso). Em conclusão, esse estudo descreve características clínicas e laboratoriais dos portadores de PTI acompanhados no serviço de Hematologia do HUWC-UFC. Por ser a PTI considerada diagnóstico de exclusão devido à falta de teste laboratorial específico, esse trabalho reforça a importância da avaliação dos pacientes com plaquetopenia, tanto para exclusão de causas não imunológicas quanto para o diagnóstico de trombocitopenia imune primária ou secundária. Assim, orienta-se que, após anamnese e exame físico detalhado, estudo do esfregaço periférico, sorologias para HIV e para HVC, anticorpos antifosfolípidos e fator antinuclear sejam realizados em todos os pacientes com suspeita de PTI. O mielograma está recomendado em pacientes acima de 60 anos de idade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.136>

