

sentando 0,82% do total. A média de idade desses pacientes foi 41,1±20,4 anos. Em relação ao sexo, 9 pacientes do sexo masculino (52,9%) e 8 do sexo feminino (47,1%). De acordo com hemograma, 7 com hemoculturas falso-positivas (41,2%) apresentavam leucocitose acentuada, 3 pacientes (17,6%) apresentavam leucocitose moderada, 4 pacientes (23,5%) estavam leucopênicos e 3 (17,6%) com leucometria normal. **Discussão:** Outros estudos já descreveram esse tipo de evento associado a pacientes com leucemia aguda apresentando leucocitose com aumento de blastos. Entretanto, não há trabalho mostrando esse dado em pacientes com doença falciforme. Os outros dez casos de falsa-positividade de hemoculturas podem ter sido por erro no volume de sangue coletado ou acidose metabólica. Quando o volume inserido na garrafa de hemocultura é maior do que o preconizado pelo fabricante, aumenta a proporção de sangue em relação ao meio de cultura, bem como a liberação de CO<sub>2</sub>. Entretanto, não foi possível determinar o motivo de cada uma delas devido à falta de oportunidade de avaliação de outras variáveis analíticas de alta complexidade. Nesse estudo, observamos que um dos pacientes com leucocitose moderada apresentou também acidose metabólica identificada pela gasometria arterial. As doenças de base mais prevalentes foram LMC e doença falciforme (23,5%), seguidas pela LMA (17,6%), LNH (17,6%) e hipoplasia/aplasia de medula óssea (5,9%) e LLA (5,9%). Desses pacientes, 7 (41,2%) em uso de antineoplásicos. Além disso, a maioria (60%) ocorreu em frascos aeróbios, sendo observado que em dois pacientes a falsa positividade ocorreu nos dois frascos (aeróbio e anaeróbio). O trabalho possui algumas limitações. Uma delas foi a impossibilidade de rastrear o volume de sangue em cada frasco de hemocultura nos dados retrospectivos, sendo identificado excesso de volume em apenas um caso por ser recente. Outra limitação foi a ausência de resultados de gasometria em todos os pacientes estudados, uma vez que não havia indicação clínica quando a coleta de sangue para hemocultura foi realizada. **Conclusão:** Os resultados descritos podem contribuir para a redução de gastos desnecessários com antimicrobianos, diminuição do tempo de internação e da administração inadequada de antimicrobianos, aumento da eficiência do tratamento farmacológico, possibilita o início do tratamento de leucorredução mais rapidamente. Assim como poder orientar o raciocínio na resolução de casos falso-positivos em hospitais com pacientes hematológicos. Além disso, sugere um direcionamento para a capacitação de profissionais na coleta e processamento de hemoculturas e revela a importância do conhecimento sobre a doença de base dos pacientes e do trabalho integrado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.722>

721

## CITOGENÉTICA AUXILIANDO NO DIAGNÓSTICO DE LINFOMA DE ZONA MARGINAL NODAL

A.M.P.S. Bezerra<sup>a</sup>, R.M.S.O. Safranauskas<sup>a</sup>, D. Borri<sup>a</sup>, P.F. Fernandes<sup>a</sup>, C. Dobo<sup>a</sup>, D.C. Pasqualin<sup>a</sup>, R.Z. Filippi<sup>a</sup>, N.S. Bacal<sup>a</sup>, S.D. Simon<sup>a</sup>, E.D. Velloso<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa, Hospital Israelita Albert Einstein (IIEP-HIAE), São Paulo, SP, Brazil

<sup>b</sup> Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

**Objetivos:** Relatar caso de linfoma células B da zona marginal (LCBZM) diagnosticado em associação com achados citogenéticos, imunohistoquímicos e morfológicos. **Material e métodos:** Feminina, 87 anos, antecedente de neoplasia de estômago apresentando adenomegalia na região inguinal. PET-CT com múltiplas áreas com aumento anômalo do metabolismo glicolítico em linfonodos (cervicais, axilares, hilo pulmonar, cardiopulmonares, mesentéricos, retroperitoneais, ilíacos, inguinais). Hemoglobina: 12.5 g/dl; Leucócitos: 17.030/mm<sup>3</sup> (diferencial normal); plaquetas: 325.000/mm<sup>3</sup>; Creatinina 0.91 mg/dl, DHL 280U/L (135–214). Exérese de linfonodo inguinal esquerdo com proliferação linfoide neoplásica, com arranjo nodular predominante composto por linfócitos pequenos, tipo centrócitos-like com outros linfócitos maiores de aspecto imunoblástico, comprometendo o tecido adiposo adjacente. IHQ mostra população linfoide CD20+/CD10-/Bcl-2+, Ki-67 heterogêneo, nestes nódulos. Levantada hipótese de linfoma folicular (LF), porém os aspectos morfológicos e imunohistoquímicos revelaram tratar-se de um LCBZM. Cariótipo de linfonodo: 45,X,-X,der(1)dup(1)(q21q25)inv(1)(q25q21),t(3;9)(p21;q13),+del(5)(q15q34),del(7)(q31q36)[17]/46,XX[3]. **Discussão e conclusão:** LCBZM é LNH-B indolente, com 3 formas clínico-patológicas distintas (WHO, 2016): 1) LCBZM extra-nodal do tecido linfoide associado a mucosa (Linfoma MALT); 2) LCBZM esplênico (linfoma esplênico com linfócitos vilosos) e o 3) LCBZM nodal. É raro, 1,5%–1,8% das neoplasias linfoides, predominando em adultos > 60 anos. Muitos pacientes apresentam-se assintomáticos, com linfadenomegalia localizada ou generalizada, mas não com grandes massas, a sua apresentação mais frequente. Sintomas B são raros. Linfoma MALT deve ser investigado, pois 1/3 dos LCBZM nodal ocorrem por disseminação ganglionar deste linfoma, particularmente associado a tireoidite de Hashimoto ou síndrome de Sjögren. O linfonodo mostra proliferação heterogênea de pequenos linfócitos e plasmócitos, com linfócitos com padrão centrócito-like e monocitoide, em torno de folículos reativos e expandindo as áreas interfoliculares. Padrão folicular é proeminente em muitos casos. IHQ revela expressão de marcadores pan-B, com CD43 em 20%–75% dos casos. Marcadores de centro germinativo (CD10, Bcl-6 e HGAL) são raros, ciclina D1 negativa, Bcl-2 frequentemente positivo. A co-expressão de mais de um dos marcadores de centro germinativo nas áreas interfoliculares pode ser encontrada,



com diferencial difícil com LF. O diagnóstico de LCBZM nodal permanece difícil para hematologistas e patologistas, pois não existem marcadores positivos estabelecidos para esse linfoma, sendo frequentemente diagnóstico de exclusão, dificultando ou mesmo impossibilitando a diferenciação de outros LNH-B de baixo grau. Anormalidades citogenéticas no LCBZM incluem ganhos nos cromossomos 3 e 18 e deleção em 6q23-24 e 7q31. Foi estabelecida uma associação com Linfomas de células B da zona marginal esplênico, com uma incidência de 20% a 30%. O caso apresentado identifica paciente com LCBZM, cujo diagnóstico diferencial foi feito com o Linfoma folicular pelas análises morfológicas e imunohistoquímicas. Foi detectado cariótipo complexo com deleção do braço longo do cromossomo 7. Revisão da literatura revelou que esse achado é frequente nos linfomas de zona marginal, o que foi de grande importância para a interpretação diagnóstica final.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.723>

722

#### CRISE VASO-OCCLUSIVA EM PACIENTE FALCIFORME ASSOCIADA À INFECÇÃO POR ESCHERICHIA COLI - RELATO DE CASO

M.A.F. Chaves, L.F. Corbari, S.L. Utzig, B.M. Klauck, N.A. Hora, B. Silva, F. Rigon, M.F. Barros, J. Plewka

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

**Objetivo:** Apontar alterações hematológicas e bioquímicas em um caso clínico de paciente com anemia falciforme com sepse bacteriana causada pela *Escherichia coli*. **Metodologia:** Os dados para o desenvolvimento deste relato foram coletados no laboratório de um hospital no oeste do Paraná, através da análise de prontuário eletrônico Tasy®, referentes ao período de internação e acompanhamento da paciente. **Relato do caso:** Descreve-se caso de paciente mulher de 42 anos de idade, não etilista e não tabagista, internada por quadro de dor no flanco direito, icterícia, febre, náuseas e vômito esverdeado, apresentando episódio de convulsão com perda de consciência e movimentos tônico-clônicos no momento da realização do acesso periférico. Exames laboratoriais: Hemoglobina 7,0 g/dL, Eritrócitos 1,87 milhões/mm<sup>3</sup>, apresentando Macrocitose e Anisocitose (VCM e RDW elevados) além de Poiquilocitose (Drepanócitos ++), policromasia e presença de Eritroblastos; Leucometria global 3.991 mm<sup>3</sup> (2.235 linfócitos/mm<sup>3</sup>, 678 segmentados/mm<sup>3</sup>, 519 monócitos/mm<sup>3</sup>, 439 eosinófilos/mm<sup>3</sup>, 120 basófilos/mm<sup>3</sup>); Plaquetas 310.000/mm<sup>3</sup>; Contagem de reticulócitos 5,83%; Bilirrubina total elevada, sendo que a Fração Indireta estava acima do intervalo de referência; Desidrogenase Láctica de 724 U/L; Proteína C Reativa elevada (22,1 mg/dL); Ferritina elevada (1.299,3 ng/mL), Ferro Sérico e Vitamina B12 normais; Hemocultura positiva com crescimento de *Escherichia coli*. **Discussão:** A doença falciforme é uma anemia hemolítica hereditária, caracterizada como homoglobinopatia S, devido a mutação do 6º aminoácido no gene 11. Classificada como normocítica e normocrômica, podendo ainda se apresentar macrocítica



no caso de apresentar alta contagem de eritrócitos jovens, uma vez que a medula se apresenta hiperproliferativa (alto índice de produção de reticulócitos). Por não se tratar de uma anemia carencial, a baixa de hemoglobina é decorrente da alta taxa de hemólise gerada nas crises, que leva a medula a este estado compensatório. A alteração de vários exames laboratoriais podem ser observadas, por exemplo: Hemograma com presença de hemácias falcêmicas, pontilhado basofílico, policromasia, eritroblastos e corpúsculos de Howell-Jolly, que são achados comuns em caso de hemólise; exames bioquímicos de Bilirrubina indireta aumentados, devido a hemólise extravascular, pois como os eritrócitos se apresentam defeituosos, o sistema monofagocitário presente no baço e fígado destroem estas células, gerando um aumento não só da Bilirrubina como também da Desidrogenase Láctica, que é uma enzima presente no interior das hemácias. Alguns fatores podem desencadear crises falcêmicas, dentre eles infecções causadas por patógenos, como a sepse pela bactéria *Escherichia coli* que a paciente do relato apresentou, além da pesquisa de microrganismos alguns marcadores bioquímicos podem ajudar na detecção de um quadro de infecção e inflamações como: Proteína C Reativa e Ferritina que são proteínas de fase aguda, e quando elevadas são indicadores desta condição predisponente para ocorrência de crises. **Conclusão:** A anemia falciforme em crise vaso-occlusiva ocasiona alterações hematológicas e bioquímicas características, que juntas podem contribuir no diagnóstico de pacientes, direcionando para um tratamento mais rápido e eficaz.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.724>

723

#### DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA AGUDA EM FASE AVANÇADA EM CRIANÇA - RELATO DO CASO

M.A.F. Chaves, F. Rigon, S.L. Utzig, N.A. Hora, B. Silva, L.F. Corbari, B.M. Klauck, M.F. Barros, J. Plewka

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

**Objetivo:** Demonstrar alterações hematológicas em um caso clínico de leucemia aguda com descoberta em fase avançada da doença, bem como denotar a importância do diagnóstico precoce em criança. **Metodologia:** Os dados foram coletados através de consulta ao prontuário eletrônico Tasy® do laboratório de um hospital do Paraná, referentes ao período de internação e acompanhamento do paciente. **Relato do caso:** Descreve-se caso de criança, sexo masculino, 10 anos de idade, residente no interior do Paraná, teve seu primeiro atendimento em uma Unidade de Pronto Atendimento, devido ao quadro de dor de moderada intensidade em panturrilha esquerda, não associada a trauma, que dias depois evoluiu a uma cefaleia frontal associada a vômitos, sendo prescrito sintomáticos. Sem melhora dos sintomas, teve seu segundo atendimento na UPA acompanhado da mãe, sonolento, com dificuldade para conversar e deambular, sendo intubado e sedado em

