

ser investigada com rigor, principalmente em idosos, que apresentaram o maior número de internações, devido aos inúmeros desfechos negativos possíveis e a alta relação entre ADF por sangramento crônico e neoplasias, que tendem aumentar sua incidência com a idade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.004>

ANEMIAS MICROCÍTICAS-HIPOCRÔMICAS: ANÁLISE ETIOLÓGICA EM 8 ANOS DE ATENDIMENTO



ML Puls^a, AAL Puls^b

^a Santa Casa de Araraquara (SCA), Araraquara, SP, Brasil

^b Clínica GastroHematológica Ararense (CGHA), Faculdade de Medicina São Leopoldo Mandic (FMSLM), Araras, SP, Brasil

Objetivo: Descrição da experiência dos últimos 8 anos de acompanhamento e diagnóstico etiológico das anemias microcíticas-hipocrômicas em serviço médico de hematologia & hemoterapia no interior do estado de São Paulo. **Material e métodos:** Estudo descritivo, retrospectivo e observacional realizado a partir de dados obtidos via análise de prontuários eletrônicos de portadores de anemias microcíticas-hipocrômicas admitidos e em acompanhamento de janeiro de 2012 (ano de implantação do sistema de prontuários eletrônicos nesta instituição) a dezembro de 2020 em serviço médico especializado em hematologia no interior paulista. Incluídos neste trabalho pacientes com idade superior a 18 anos, com hemograma apresentando Hb inferior a 13 em indivíduos masculinos ou inferior a 12 em femininos (conforme definição universal de anemia pela WHO technical support series no. 405, 1968), VCM inferior a 80 fL e HCM inferior a 26, que realizaram adequadamente todas as etapas da investigação proposta. Excluído gestantes. **Resultados:** De janeiro de 2012 a dezembro de 2020, nosso serviço atendeu a um n=3.055 pacientes com hemograma admissional (ou externo usado como motivo de encaminhamento), compatível com anemia microcítica-hipocrômica. Desses pacientes, n = 1.124 apresentaram todos os critérios de inclusão para análise de dados neste trabalho. Destes, 667 (59,34%) pertenciam ao gênero feminino. Idade média de 45,89 anos ±17,31 (extremos de 18 e 87 anos). Esses pacientes foram inicialmente submetidos à avaliação do perfil de ferro, sendo que, 782/1.124 (69,57%) apresentaram uma ou mais alterações laboratoriais compatíveis com anemia ferropênica. Os pacientes não-ferropênicos foram inicialmente avaliados quanto a presença de hemoglobinopatias, confirmada em 98/342 (28,65%) dos casos desse subgrupo, com 86/98 (87,75%) beta-talassemias minor e 10/98 (10,20%) beta-talassemias intermedia. Pacientes ferropênicas femininas foram 408/782 (52,17%) casos. Em nossa instituição, estas são primeiramente avaliadas por especialista quanto a possíveis causas ginecológicas, sendo as etiologias mais frequentes a miomatose uterina submucosa ou intramural em 285/408 (69,85%) casos e hemorragia pós-menopausa por atrofia endometrial em 60/408 (14,70%) pacientes. 52 pacientes ferropênicas sem causa ginecológica plausível foram

submetidas e endoscopia alta e colonoscopia, das quais 12/52 (23,07%) receberam diagnóstico de neoplasia colorretal. Pacientes masculinos com ferropenia foram 374/782 (47,82%) casos. Estes são submetidos a colonoscopia e endoscopia alta, dos quais, 110/374 pacientes apresentaram diverticulose (29,41%), 79/374 (21,12%) portavam neoplasia colorretal e 25/374 (6,68%) possuíam pólipos sangrantes. 119/374 (31,81%) pacientes apresentaram úlcera gástrica ou duodenal e 7/374 (1,87%) foram diagnosticadas com neoplasia gástrica. Pacientes ferropênicos sem causa ginecológica com investigação endoscópica normal foram submetidos à cápsula endoscópica, que observou três pacientes com malformações vasculares. **Discussão:** A maioria dos pacientes apresentou etiologias não-nutricionais. Existem vários *guidelines* para descartar causas orgânicas em anemias microcíticas hipocrômicas. Conforme realizado em nossa instituição, a avaliação sistemática possibilita, muitas vezes, o diagnóstico de causas reversíveis e potencialmente fatais se não abordadas. **Conclusão:** É imperioso que se descubra a etiologia da anemia, devendo as causas nutricionais serem diagnóstico de exclusão em adultos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.005>

CAUSA RARA DE ANEMIA MACROCÍTICA E NEUTROPENIA: RELATO DE CASO



NASN Segundo^a, ACR Sousa^a, IMF Pordeus^a, RVM Acioli^a, SDFA Figueiredo^b, CMF Rolo^{a,c}, LP Silva^d

^a Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ), João Pessoa, PB, Brasil

^b Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil

^c Hospital Nossa Senhora das Neves (HNSN), João Pessoa, PB, Brasil

^d Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas, TO, Brasil

Introdução: A hipocupremia manifesta-se como anemia, com ou sem leucopenia e trombocitopenia, pancitopenia ou neutropenia isolada. A depleção de cobre provoca redução da absorção de ferro pelo intestino, diminuição da liberação de ferro pelo sistema reticuloendotelial, eritropoiese ineficaz devido à diminuição da atividade enzimática dependente de cobre, aumento da destruição de eritrócitos, mielopoiese ineficaz, destruição incrementada de neutrófilos depletados de cobre e desenvolvimento de anticorpos anti-neutrófilos. **Relato de caso:** Paciente, 47 anos, submetido à gastrectomia total em 2018 devido a adenocarcinoma gástrico, o qual foi tratado apenas com cirurgia. Realizou exames de rotina em março de 2021, os quais evidenciaram anemia grave e neutropenia (Hemoglobina: 7,4 g/dL; VCM:119fL; CHCM: 29; RDW:15%; Leucócitos: 1500/mm³; Neutrófilos: 180/mm³ Plaquetas: 244.000/mm³), por essa razão iniciado investigação com hematologia. No primeiro atendimento referiu parestesia de membros inferiores, e estava em uso de suplemento polivitamínico, ácido fólico via oral e cianocobalamina intramuscular. Exames iniciais: Reticulócitos: 1,4%, DHL: 339 U/L,

dosagem sérica de vitamina B12, ácido fólico e laboratório do ferro normais. No seguimento, apresentou piora da anemia com necessidade transfusional, realizado avaliação medular em que apresentava diseritropoiese discreta, sem outras anormalidades, imunofenotipagem e cariótipo de medula óssea normais. Realizado dosagem de cobre, em que foi diagnosticado deficiência grave (Cobre: 5 mcg/dL; Zinco: 60 microg/dL; Ceruloplasmina: 7 mg/dL), sendo iniciado reposição via oral com cobre quelato 5 mg por dia, após 2 meses de reposição já apresentava melhora importante do hemograma e dos sintomas neurológicos, mas mantinha cobre abaixo do valor normal, sendo aumentado a dose para 10 mg por dia, após 1 mês, hemograma estava normal (Hb: 14 g/dL Leucócitos: 4580/mm³ N: 2107/mm³ Plaquetas: 308 mil), dosagem de cobre normalizou e sintomas neurológicos resolvidos. **Discussão:** A deficiência de cobre é rara em humanos porque é um nutriente facilmente consumido e que tem uma necessidade diária muito baixa. Causas potenciais para a depleção cúprica incluem história de cirurgia gastrointestinal, suplementação de zinco e q sideroblásticas e defeitos de maturação nuclear causando anemia e neutropenia são muito observados em pacientes eritróides de pacientes com deficiência de cobre. A biópsia de medula óssea pode revelar hiperplasia eritróide, hipoplasia granulocítica, vacuolização de precursores eritróides e mielóides, hipocelularidade e excesso de ferro corável nas células plasmáticas e macrófagos. Os níveis séricos podem ser seguidos para a adequação da terapia de reposição de cobre e os déficits hematológicos geralmente se corrigem dentro de 2 meses do início do tratamento. **Conclusão:** A deficiência de cobre deve ser considerada em pacientes submetidos à cirurgia gástrica que desenvolvem neuropatia e/ou anemia com ou sem leucopenia, sendo um diagnóstico diferencial da deficiência de vitamina B12. O diagnóstico imediato e o tratamento da depleção cúprica podem ajudar a prevenir o desenvolvimento de novos déficits neurológicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.006>

CONSUMO EXCESSIVO DE POLIFENÓIS: UMA CAUSA DE ANEMIA FERROPÉNICA

C Câmara, C Peixoto, MM Deveza, A Beleza

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHLN), Lisboa, Portugal

Introdução: A anemia ferropénica afeta cerca de 12% da população mundial. A deficiência de ferro ocorre quando existe um balanço negativo entre a ingestão e as necessidades. As causas mais frequentes são perdas crónicas de sangue, o aporte insuficiente, a má absorção de ferro, crescimento rápido, entre outros. São considerados fatores inibidores da absorção do ferro: fitatos, polifenóis, cálcio e fosfatos. Os polifenóis inibem significativamente a absorção do ferro não heme. O ferro liga-se ao ácido tânico no lúmen intestinal formando um complexo insolúvel que prejudica a absorção do ferro, sendo o efeito inibitório do ácido tânico dose-dependente. **Caso clínico:** Mulher de 32 anos, caucasiana, com antecedentes pessoais de hipotireoidismo sob levotiroxina,

referenciada à consulta de imuno-hemoterapia por anemia ferropénica refratária à terapêutica com sulfato ferroso *per os* com quadro de astenia e adinamia. Doente sem antecedentes hemorrágicos ou trombóticos, catamênios regulares com a duração de 4 dias de fluxo regular. Alimentação diversificada, sem restrições. Refere ingerir 1 a 2 litros de chá verde por dia. Confirmada a anemia microcítica hipocrômica (Hb 9.4 g/dL VGM 64.4fL HGM 20.5pg), ferro sérico *borderline* (36 ug/dL), capacidade total de fixação de ferro aumentada (579 ug/dL), ferritina sérica muito diminuída (4.2 ng/mL), baixo índice de saturação de transferrina (6%) e ácido fólico baixo (4.1 ng/mL). Funções tiroideia, renal e hepática sem alterações. Endoscopia digestiva alta sem alterações. Decidido tratamento em consulta com administração endovenosa de 1 g carboximaltose férrica, suplementação oral com ácido fólico e cessação de ingestão de chá verde. Um mês após terapêutica com ferro endovenoso, apresentava reversão completa da anemia (Hb 14.2 g/dL VGM 79fL HGM 26.8 pg), assim como da ferropénia e folatopénia associadas (ferro sérico 80.5 ug/dL; CTFF 420 ug/dL; IST 20%; ferritina 106.2 ng/mL; ácido fólico >20 ng/mL). Em consulta de follow-up 6 meses após o tratamento com ferro endovenoso e a suspensão do consumo de chá verde, a doente mantém-se sem anemia (Hb 13,7 g/dL VGM 81fL HGM 28pg) ou ferropénia (ferro sérico 68 ug/dL CTFF 390ug/mL IST 19%; Ferritina 96 ng/mL; Folatos 17.3 ng/mL). **Discussão:** A ingestão frequente de elevadas quantidades de chá verde, rico em polifenóis (tanino), está associada à diminuição da absorção do ferro pelas suas propriedades quelantes. Facto que pode explicar a causa da ferropénia da doente, apesar da dieta variada e de não apresentar perdas hemáticas relevantes. A avaliação da ingestão e orientação alimentar é importante para contribuir para o tratamento e sua estabilidade, evitando a recorrência da deficiência de ferro. **Conclusão:** O tratamento com carboximaltose férrica e a suspensão do consumo de chá verde permitiu obter a reversão completa da anemia e da ferropénia secundária à ingestão excessiva de chá verde, rico em polifenóis, quelantes do ferro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.007>

DIAGNÓSTICO HEMATOLÓGICO EM PACIENTE INTERNADO POR COVID-19 COM SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS

FJ Junior^a, IC Scharff^a, LD Paulo^a, AN Oliveira^a, CYS Zanella^a, RBF Macêdo^a, CM Barbosa^b, MG Mileo^a, GE Almeida^a, IC Scharff^a, IC Scharff^a

^a Hospital Regional de Cacoal (HRC), Cacoal, RO, Brasil

^b UniFacimed Centro Universitário, Cacoal, RO, Brasil

Introdução: Anemias carenciais são patologias de alta prevalência dentre as doenças da série vermelha, o qual a Deficiência de Vitamina B12 se destaca na sua pluralidade de sintomas clínicos. **Objetivos:** Relatar caso de paciente internada por Covid-19 com quadro clínico grave de anemia,

