

ANÁLISE QUANTITATIVA DOS CASOS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DECORRENTES DA FEBRE HEMORRÁGICA DEVIDA AO VÍRUS DA DENGUE

DS Amorim^a, WJ Santos^a, FLO Lima^b

^a Unidade de Ensino Superior de Feira de Santana (UESFS), Feira de Santana, BA, Brasil

^b Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: A dengue é uma arbovirose decorrente da infecção de um vírus pertencente à família *Flaviviridae*, do gênero *Flavivirus* e o seu vetor é o mosquito *Aedes aegypti*. O vírus da dengue apresenta quatro sorotipos, com isso, cada paciente pode ser infectado até quatro vezes (uma vez por cada um dos tipos). Essa arbovirose apresenta um quadro clínico que vai desde manifestações clínicas simples, até quadros de hemorragia e caso mais grave, que pode culminar no óbito do paciente. A febre hemorrágica tem como característica clínica, sintomas similares ao da dengue clássica, entretanto, evolui rapidamente para manifestações hemorrágicas, hepatomegalia e insuficiência circulatória. **Objetivo:** Analisar a quantidade de casos de internações hospitalares ocorridas no primeiro semestre de 2021, em razão da febre hemorrágica devida ao Vírus da Dengue. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico, de caráter quantitativo e qualitativo dos casos de internações hospitalares decorrentes da febre hemorrágica em razão da infecção pelo Vírus da Dengue no Brasil, no período do primeiro semestre de 2021. Foram utilizados dados secundários coletados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), uma plataforma de domínio público. **Resultados e discussão:** No período analisado houve uma incidência de 650 internações hospitalares em razão da febre hemorrágica advinda da infecção do vírus da dengue. Segundo o SIH/DATASUS no primeiro semestre de 2021, houve 34 internações no mês de janeiro, 85 em fevereiro, 94 em março, 151 em abril, 152 em maio e 134 em junho. **Conclusão:** Conclui-se que a febre hemorrágica da dengue promoveu várias internações no primeiro semestre de 2021 no Brasil, devido suas graves manifestações clínicas. Entretanto, percebe-se que as maiores incidências de internações ocorreram em meses com grande índice de chuva, a qual possibilita a proliferação do mosquito transmissor da doença.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.811>

ANEMIA E PLAQUETOPENIA ASSOCIADAS A INFECÇÃO POR HIV: RELATO DE CASO

MFB Almeida, MBM Picanço, BR Neri, VR Santiago, MEQA Rocha, ARJ Parente, PEBM Filho, GB Lima, FWRD Santos

Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é capaz de desencadear uma infecção latente a longo prazo nas

células e efeito citopático de curto prazo, por meio da destruição do tecido linfóide e das células TCD4+, o que torna o organismo mais suscetível a infecções oportunistas e diversas outras complicações por ser incapaz de produzir sua própria defesa. Diante disso, a clínica do paciente é muito rica e essencial para avaliação. **Relato de caso:** F.R.S.S., 48 anos, foi admitido como vítima de politrauma decorrente de atropelamento, apresentando-se desorientado, emagrecido, com hematoma em região frontal direita, equimoses na parede torácica bilateralmente, hipotensão arterial, taquicardia, taquipneia e saturação de oxigênio normal à oximetria de pulso. Além disso, o abdome estava doloroso à palpação no epigástrio, sem sinais de irritação peritoneal; e havia hematomas em sítios de punções venosas e pericater no acesso venoso central. Exames laboratoriais: Hb 5,8 g/dL, Ht 15%, leucócitos 18.610/mm³, plaquetas 11.000/mm³, INR 1,18, TTPA 0,9, Ureia 384 mg/dL, creatinina 6,1 mg/dL, CPK 143 U/L, pH 7,48, pCO₂ 32,4 mmHg, pO₂ 112,8 mmHg, HCO₃ 23,6 mEq/L, lactato 2,98 mmol/L, glicemia 86 mg/dL, sódio 143 mEq/L, potássio 4,1 mEq/L, bilirrubina total 1,29 mg/dL, TGO 23 U/L, TGP 14 U/L. Exames de imagem: TC de crânio normal, radiografia de bacia e ossos longos sem evidência de fraturas, radiografia de tórax com consolidação em base direita, com derrame pleural mais acentuado à direita, radiografia de abdome sem sinais de pneumoperitônio ou obstrução intestinal e ultrassonografia de abdome evidenciando litíase biliar e com aumento da ecogenicidade do parênquima renal. Diante disso, o paciente recebeu tratamento inicial com transfusão de concentrado de hemácias e plaquetas, mas persistiu com anemia e plaquetopenia, levando-o ao tratamento de substituição renal com hemodiálise e implante de catéter de hemodiálise na femoral direita, onde apresentou sangramento pericater. Ademais, em pesquisa de causa base, não foi possível identificar causa aparente para perda de peso e o paciente relatou melena. Foi solicitada uma endoscopia digestiva alta, que evidenciou monilíase esofágica, gastrite enantematosa moderada de corpo e leve de antro, e úlcera perfurada no duodeno de 2 cm com necrose e resíduo hemático, e sorologias para hepatites B e C, não reagentes, e para sífilis, não reagente. Também foi solicitada uma tomografia de tórax de alta resolução, que evidenciou pneumocistose. Por isso, considerando os achados clínicos e complementares, foi realizado o diagnóstico de infecção por HIV, com sorologias para tipo I e II, ambas reagentes. **Conclusão:** A infecção por HIV, quando diagnosticada tardiamente, implica em maior morbimortalidade do paciente. Nessa fase, alterações hematológicas, tais como anemia, plaquetopenia e leucopenia são achados frequentes, impactando, de modo significativo, o início do tratamento antirretroviral e o controle das infecções oportunistas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.812>

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE: RELATO DE CASO

MJS Passerini^a, LP Matos^a, LC Lia^a, NB Souza^a, PK Pereira^a, RC Scardelai^a, AP Hoff^b, A Lamônica^c

^a Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

^b Serviço de Imunohematologia do Hemonúcleo de Piracicaba, Piracicaba, SP, Brasil

^c Departamento de Hematologia/ Hospital Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Relatar um caso de Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI), trazendo para a discussão o diagnóstico, terapêutica, evolução e relevância. **Materiais e métodos:** Análise de prontuário médico hospitalar. Apresentação do caso: RBS, 52 anos, sexo feminino, previamente hígida, busca atendimento com queixa de astenia, cansaço e inapetência há 2 meses. Nega transfusões anteriores e apresentou 3 gestações prévias. Ao exame físico, apresenta-se orientada em tempo e espaço, hidratada, afebril, icterícia +/4, hipocorada ++/4, normocárdica, abdome doloroso à palpação difusa, com baço e fígado palpáveis. Os exames laboratoriais da admissão revelaram: hemoglobina 3,6g/dL, VCM 125fL, reticulócitos 11,6%, albumina 2,52g/dL, bilirrubina total 1,79mg/dL, bilirrubina direta 1,27mg/dL, sorologia para Hepatite B demonstrando: HbsAg não reagente, Anti-HBS reagente e AntiHBC total reagente, sem outras alterações presentes. Em ultrassonografia de abdome total foi encontrada hepatoesplenomegalia e hipertensão portal. Realizada análise imunohematológica que evidenciou: grupo sanguíneo A subgrupo B positivo com presença de Anti- A1, pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) positivo, teste de antiglobulina direta (TAD) positivo, eluato positivo. Auto anticorpos das classes IgM e IgG sem especificidade definida, confirmando a hipótese de AHAI. Realizada a genotipagem da paciente em 04/12/2017 com o seguinte laudo: R1R1K0Jka+Jkb0Fya0Fyb+M0N+S0s+Dia0Dib+. Iniciado manejo com ácido fólico 5mg/dia e dexametasona, na dose de 40mg por dia durante 4 dias e, posterior manutenção com prednisona 1mg/Kg. Paciente apresentou melhora nos parâmetros de hemoglobina (8,0 mg/dL), sem necessidade de transfusão. **Discussão:** A AHAI ocorre pela destruição imuno-mediada precoce das hemácias, via fixação de imunoglobulinas e/ou complemento na superfície de sua membrana. As causas dessa doença podem ser primária/ idiopática ou secundária a doenças ou uso de medicações, podendo ocorrer pela presença de autoanticorpos quentes, frios ou, raramente, por ambos. O tratamento precoce com imunossupressão deve ser empregado quando os pacientes apresentarem crise hemolítica e anemia. Conhecer os anticorpos responsáveis pelo quadro é importante para a definição de sua capacidade hemolítica e associação com alo anticorpos, mas nem sempre isso ocorre com clareza. No entanto, mesmo conseguindo identificar o auto anticorpo responsável, os glóbulos vermelhos do paciente são incompatíveis entre si o que torna a indicação de transfusão criteriosa. **Conclusão:** Esse caso demonstra a presença de anticorpos frios e quentes com repercussão hemolítica em uma paciente com 3 gestações e insuficiência hepática. As etiologias da hemólise e da insuficiência hepática não foram definidas e a paciente apresentou boa resposta a imunossupressão sem necessidade transfusional. A anemia hemolítica deve ser aventada em qualquer

quadro de queda de hemoglobina e o setor de hemoterapia do hospital deve ser acionado para o auxílio do caso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.813>

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA



JDR Canedo, GMBJ Santos, ICVD Reis, JD Adabo, JC Raymundo, LMJ Meirelles, LG Andrade, LM Corso, A Lamônica

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

Objetivos: Relatar caso de Síndrome Degenerativa do Cordão Posterior da Medula espinhal secundária à Anemia Megaloblástica por deficiência de B12. **Métodos:** Coleta de dados via prontuário entre 25/04/2021 e 14/05/2021. **Relato de caso:** MCP, 65 anos, feminino, histórico de hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica, busca atendimento por queda da própria altura, apresentando também confusão mental. A família refere episódios de alterações tanto no comportamento da paciente quanto em sua memória há 1 mês. Foi internada após tomografia computadorizada (TC) de crânio constatar hemorragia subdural por traumatismo. Apresentava os seguintes exames laboratoriais da admissão: Hb = 2,2; Ht = 7,2; VCM = 109,1; HCM = 36,4; RDW = 36,8; Leuco = 2650, Plaquetas = 56000, aumento de bilirrubina indireta (BI) e reticulocitose discreta (BI = 2,2; RET = 2,36%), vitamina B12 < 50 pg/mL (Referência: > 350 pg/mL). Demais exames de investigação estavam livres de alterações. O hematoma subdural era pequeno e não justificava o rebaixamento do nível de consciência da paciente. Após 2 dias de internação, evoluiu com broncoaspiração, hipoxemia e necessidade de intubação orotraqueal (IOT). Iniciado esquema de antibioticoterapia para pneumonia, investigação neurológica e neurocirúrgica completa para identificar a etiologia do rebaixamento, através de TC de controle, ressonância magnética cerebral, a única explicação encontrada para o quadro clínico foi o de síndrome degenerativa do cordão posterior secundária ao déficit de B12. A endoscopia realizada descartou alterações de trato gastrointestinal (TGI) e não foi encontrada a causa para a carência tão grave dessa vitamina. Iniciou-se reposição parenteral de B12 e transfusões de 7 concentrados de hemácias durante a internação e houve melhora dos valores hematimétricos (Hb = 9,0 e Ht = 26,5), além de melhora no nível neurológico. Paciente foi extubada 7 dias após a reposição de cobalamina e apresentou melhora do quadro clínico. **Discussão:** Esse caso demonstra um acometimento neurológico associado à deficiência de cobalamina. Os sintomas desta patologia são hematológicos, neuropsiquiátricos e/ou cutâneo-mucosos. Nesse contexto, o rebaixamento do nível de consciência apresentado, é uma manifestação neurológica presente por essa carência, mas a evolução grave do caso foi atípica. É muito importante, também, investigar a causa dessa carência como anemia perniciosa, alimentação, medicações que interferem na absorção e distúrbios absorptivos de TGI. O tratamento depende da etiologia, mas envolve a suplementação da vitamina deficiente. Na carência de B12, é