

gástrico associado à LMC. Embora não exista relação causal confirmada entre as duas patologias, elas podem ocorrer concomitantemente e devem ser pensadas quando a clínica sugerir isso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.373>

TROMBOSE DE VEIA PORTA EM PACIENTE COM TROMBOCITEMIA ESSENCIAL. RELATO DE UM CASO

MV Pacheco, JRAT Silva, IMSD Santos,
CAC Vieira, JA Rena, DR Spada, ES Navarro,
MF Menin, MG Cliquet

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde,
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-
SP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A trombocitemia essencial (TE) é uma neoplasia mieloproliferativa, caracterizada pela proliferação excessiva da série mieloide megacariocítica, resultando em trombocitose. Apresenta a mutação da JAK 2 – V617F em cerca de 50% dos casos. Sua incidência é de 1 a 2 casos a cada 100.000 habitantes por ano, afetando mais mulheres que homens, em uma proporção de 2:1. A idade média ao diagnóstico é de 50 a 60 anos. Os sinais e sintomas característicos da doença compreendem cefaleia, angina e esplenomegalia. As principais causas de morbimortalidade na TE são trombozes (20%-50% dos casos) e em alguns casos, hemorragias. A maioria dos eventos trombóticos correspondem a embolia pulmonar, trombozes arteriais trombozes venosas profundas, de veia hepática ou de veia porta. A trombose de veia porta pode levar a complicações como hipertensão portal com consequente hemorragia digestiva alta e hiperesplenismo. A maioria dos pacientes são assintomáticos e o diagnóstico é feito a partir de plaquetose sustentada em hemograma de rotina. A confirmação é realizada a partir da biópsia de medula óssea, a qual deve evidenciar proliferação de megacariócitos aumentados em número e tamanho. O tratamento é feito principalmente com Hidroxiureia, cuja finalidade é reduzir a contagem de plaquetas e consequentemente o risco de trombozes ou hemorragias. Também podem ser utilizados Anagrelide e α -interferon. Devem ser tratados fatores usuais de risco como tabagismo, diabetes e hipertensão, além de ser recomendado uma dose diária de 100 mg de ácido acetilsalicílico (AAS) em casos com maior risco trombótico. **Objetivo:** Relatar um caso de TE com trombose de veia porta. **Método:** Avaliação de prontuário. **Relato de caso:** Mulher, de 44 anos, apresentou em 2007 um quadro de plaquetose ($990.000/\text{mm}^3$), estava assintomática e negava histórico de trombozes, AVC e IAM. Em 2009, foi confirmado o diagnóstico de TE com a pesquisa de mutação da JAK-2 V617F positiva, juntamente com a realização da biópsia de medula óssea. Tratada com Hidroxiureia, obteve uma boa resposta, apresentando um declínio na contagem plaquetária, sendo o menor valor observado em junho de 2016 ($299.000/\text{mm}^3$). Apesar da boa resposta, ao exame físico foi observada esplenomegalia e ascite. Solicitada ultrassonografia de abdome, que mostrou trombose de veia porta. Endoscopia mostrava varizes esofágicas, as quais foram

submetidas a ligadura em 2019 pois havia apresentado sangramento. Atualmente está assintomática, tomando alternadamente 2-3 comprimidos por dia de 1000mg e 1500mg de Hidroxiureia, sem AAS (devido às varizes esofágicas). O último hemograma, realizado em abril de 2022, evidenciou contagem plaquetária normal ($385.000/\text{mm}^3$). **Discussão e conclusão:** As complicações da TE, na maioria dos casos, estão relacionadas a eventos trombóticos, que ocorrem em 20% a 50% dos pacientes de acordo com a literatura. A trombose de veia porta traz sérias sequelas aos pacientes. Assim, devido ao risco de eventos trombóticos, esse caso mostra a importância da realização de exames de rotina para a identificação precoce de plaquetose e início rápido do tratamento, cujo objetivo é prevenir possíveis complicações trombóticas ou hemorrágicas que culminam em um pior prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.374>

EOSINOFILIA ASSOCIADA À MASTOCITOSE SISTÊMICA - RELATO DE CASO

GMS Quadros, LF Becker, GL Costa, MEB Abreu,
MP Beltrame, LAP Carmo, MM Kozonoe

Hospital Erasto Gaertner (HEG), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: Eosinofilia é definida como uma contagem superior a 500 eosinófilos no sangue periférico, enquanto o termo hipereosinofilia em geral denomina uma contagem persistente superior a 1500 eosinófilos. Pode ser relacionada com numerosas etiologias, tanto primárias como secundárias. As causas mais prevalentes são alergias e infecções por parasitas, ambas reacionais ou secundárias. Quanto às causas primárias, a hipereosinofilia pode ser uma manifestação de doenças mieloproliferativas, tal como a mastocitose sistêmica abordada neste relato. A mastocitose sistêmica é definida por infiltração patológica de mastócitos em um tecido extra cutâneo, é a forma de apresentação mais comum em adultos com uma prevalência de 1:10000 pessoas. O critério diagnóstico maior é a detecção de infiltrados densos multifocais na biópsia de medula óssea ou outros órgãos além da pele. Os critérios menores incluem mais de 25% dos mastócitos atípicos ou imaturos na biópsia tecidual, detecção de mutação no códon 816 do Kit, expressão do CD25 com ou sem CD2 além dos marcadores normais para mastócitos, e triptase sérica persistentemente maior que 20 ng/mL. Os sintomas incluem urticária, anafilaxia, fadiga, sintomas gastrointestinais além de anormalidades no hemograma e esplenomegalia. **Relato de caso:** Paciente previamente hígido do sexo masculino de 61 anos, encaminhado por uma história de cerca de 6 meses de evolução, quando iniciou com quadro de lesões de pele difusas, pápulas e placas eritematosas, pruriginosas e dolorosas, em membros, tronco, região inguinal e glútea. Teve resolução das lesões cutâneas em aproximadamente 3 meses, espontaneamente. Exames complementares apontavam uma contagem absoluta de eosinófilos de até 41000, e esplenomegalia homogênea (177 x 85 mm). Foi encaminhado para biópsia de medula óssea devido à suspeita de neoplasia mieloproliferativa, a citometria de fluxo apontou 0,22% de células precursoras da linhagem mieloide, 44,0% de

eosinófilos com estágios maturativos desde mielócitos, mastócitos anormais (CD25+). Já o exame anatomopatológico demonstrou infiltração difusa por numerosos mastócitos, assim sendo possível fechar o diagnóstico pela presença do critério maior (infiltração mastocitária) e um dos critérios menores, a expressão do CD25. **Conclusão:** Hipereosinofilia é uma manifestação hematológica com inúmeras causas benignas e malignas, sendo essencial para o correto diagnóstico a integração da história clínica, análise cuidadosa dos marcadores celulares obtida a partir do aspirado ósseo, e da biópsia tecidual que foi capaz de detectar a infiltração pelos mastócitos, pouco evidentes no sangue periférico e no aspirado ósseo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.375>

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO AFETIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA DURANTE A FASE DE MANUTENÇÃO À REMISSÃO EM TRATAMENTO NA FUNDAÇÃO HEMOAM

FAL Araújo, BA Pereira, ALS Félix, JL Ramos, EC Cardoso

Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas (HEMOAM), Manaus, AM, Brasil

Introdução: a leucemia mieloide aguda é uma doença maligna das células-tronco hematopoiéticas caracterizada pela superprodução de células anormalmente diferenciadas da linhagem mieloide. **Objetivos:** avaliar se há comunicação afetiva entre equipe de Enfermagem e pacientes com leucemia mieloide aguda, avaliando se a relação efetiva ajudou no prognóstico, identificando pelo levantamento de dados e qual a relevância da relação afetiva no prognóstico do paciente, quando há a restrição de afeto. **Material e métodos:** trata-se de um estudo exploratório, qualitativo e descritivo. Usando um questionário pré-estabelecido por meio de entrevista com o paciente para levantamento e análise dos dados coletados. **Resultados:** 14 pacientes entrevistados, desses 64,29% (n = 9) pertenciam ao sexo masculino e 35,71% (n = 5) ao feminino. Desse público 50% (n = 7) eram da cidade de Manaus, 35,71% (n = 5) de outros municípios da região e 14,29% (n = 2) não souberam responder. Foi possível a identificação de vínculos afetivos em relação a equipe de Enfermagem e paciente durante o processo-saúde-doença-cuidado e, criação (produção) de estratégias para melhorar a confiabilidade e segurança do paciente no tratamento da LMA, através do suporte afetivo da equipe de enfermagem. **Discussão:** A ligação emocional entre equipe de Enfermagem, paciente e família acontece com maior frequência quando se atua em oncologia, busca de proximidade é uma estratégia de apego, uma vez que o indivíduo precisa de proteção e suporte e, assim, escolhe um comportamento de seu repertório, onde esse, é criado a partir da experiência com os outros. Os pacientes que obtinham um vínculo mais efetivo com a equipe de Enfermagem, passaram a ter conforto e segurança auxiliando na continuidade do tratamento. Isso se dá ao fato de que o apego é considerado

característica saudável do indivíduo, o acolhimento afetivo expressa o cuidar respeitoso, individual e mútuo, e favorece o estar com o outro, sem invadir a vida do paciente, possibilitando ampliar a prática assistencial com afetividade. **Conclusão:** o afeto tanto quanto apego são estudados para garantir uma melhor interpretação e conceitualização sobre os temas, entendendo assim, aspectos biopsicológicos dos indivíduos. Ao entender melhor o processo saúde-doença, é possível garantir uma aceitação dos pacientes sobre seus respectivos tratamentos quando diagnosticados com Leucemia Mieloide Aguda (LMA). Portanto, é visível através dos dados coletados que quando a equipe se coloca no lugar como paciente, aspectos sociais e biológicos ficam interligados facilitando comunicação e segurança, não permitindo os pacientes abandonem o tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.376>

DETECÇÃO DE QUEBRAS RARAS ASSOCIADAS AO REARRANJO BCR-ABL1 NA LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA

TO Silva, LIC Loyola, AC Narciso, DCS Pereira, A Perazzio, ML Chauffaille

Grupo Fleury, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Leucemia Mieloide Crônica (LMC) é uma neoplasia caracterizada pela presença do cromossomo Philadelphia (Ph+) ou t(9;22), que resulta no rearranjo dos genes ABL1 e BCR. Esta fusão pode gerar os transcritos [e1a2 e e13a2 (b2a2)/e14a2 (b3a2)] que codificam tirosinoquinase (TK) p190 ou p210. **Objetivo:** Este trabalho objetiva relatar um caso com diagnóstico de LMC Ph+ no cariótipo e transcrição reversa seguida por reação em cadeia de polimerase quantitativa (RT-qPCR) para BCR-ABL1 negativa. **Relato de caso:** M.C.C, feminino, 54 anos, com leucocitose de 35.200/mm³, desvio à esquerda, cariótipo t(9;22)(q34.1;q11.2)[20] e BCR-ABL1 por RT-qPCR negativo. **Metodologia:** Diante do RT-qPCR negativo, procedeu-se a reação em cadeia de polimerase convencional (PCR) e sequenciamento de nova geração (SNG) da amostra. **Resultados:** Inicialmente, testou-se a detecção de translocação nos transcritos p190 (e1a2) e p210 (e13a2 e e14a2) e o resultado foi negativo. A partir deste resultado, foi feita a PCR convencional que apresentou resultado positivo para p210. Diante da divergência dos resultados (PCR positivo e RT-qPCR negativo), processou-se por SNG que demonstrou dois transcritos raros associados, sendo um o e14a2, localizado no meio do exon 2 (ponto de quebra rara), e o outro, o rearranjo raro e14a3. **Discussão:** Na literatura, estão descritos casos semelhantes ao aqui relatado, principalmente relacionando os resultados de cariótipo Ph+ com RT-qPCR negativo para o rearranjo BCR-ABL1. Em casos de transcritos raros associados, o resultado quantitativo negativo sugere a limitação do método quanto à região de anelamento do primer. Neste caso, a região de anelamento do primer está localizada nas extremidades do exon 2 e um dos pontos de quebra no centro deste exon, inviabilizando a detecção por esta metodologia. Diante disso, graças à realização de duas metodologias, cariótipo e RT-qPCR, pôde-se detectar a alteração pelo primeiro e