

group and 11.1 fl for the IPFD group, 75% of the IPND patients had altered MPV. Platelet immunophenotyping was performed in 27 patients (45%), 15 (55%) exhibited abnormal results. Platelet aggregation tests were conducted in 34 cases (57%), 27 (79%) had altered platelet aggregation, but discordant results were noted in eight (30%) of the altered tests. Lastly, platelet secretion tests were performed in 16 patients (27%). Bleeding phenotype was assessed with the ISTH BAT score, showing a median of 6. Median BAT score was 10 in IPFD and 3.5 in the IPND group. Syndromic features were present in 10% of patients. A total of 47 patients (78%) needed treatment during follow-up, including 43% of patients in the IPND group and 97% in the IPFD group. The most used treatments were antifibrinolytics (73%) and platelet transfusions (55%). **Discussion:** Diagnosis of IPDs is challenging and many cases remain unrecognized. Among patients with IPNDs, up to 30% receive an incorrect diagnosis of ITP. Similar results were found in our cohort. A key factor in the investigation of IPDs is a family history of thrombocytopenia or increased bleeding, which was present in more than 50% of the cohort in both subgroups. Platelet macrocytosis was more common in IPNDs, being another helpful diagnostic marker in this subgroup. Data regarding platelet morphology could not be obtained due to the lack of reporting standardization. Discordant results in platelet aggregation tests were attributed to pre-analytical factors. The IPFD group exhibits a more severe hemorrhagic phenotype, while BAT score in IPNDs was commonly low. Concerning management, IPFD group underwent more therapeutic interventions, possibly due to a higher bleeding tendency. **Conclusions:** Identifying IPDs is essential for proper treatment and follow-up. Careful assessment of the familial history, bleeding risk and the platelet count, morphology and function are crucial for diagnosing IPDs, particularly in settings without access to advanced genetic testing. This study provides insights into the characteristics and management of IPDs in centers with limited resources.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.921>

RELATO DE CASO: MANEJO DO PACIENTE ANTICOAGULADO EM VIGÊNCIA DA INFECÇÃO POR DENGUE

LM Nascimento, M Carvalho, E Polesello, G Leal, R Spirlandelli

Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Dengue é uma doença (arbovirose) aguda. Causa principalmente plaquetopenia, condição que deve ser tratada com cautela principalmente em pacientes que usam varfarina e outros anticoagulantes. **Metodologia:** O relato foi realizado, principalmente, pela revisão da literatura pelas bases de dados: Pubmed, Scielo e google acadêmico. **Relato de caso:** Paciente VM, gênero masculino, 80 anos, chegou à UPA Pirituba, apresentando um quadro de dispneia havia 5 dias, associado à história de tosse com presença de secreção sanguinolenta ao acordar pela manhã, com piora do quadro havia um dia, sendo então iniciado protocolo para insuficiência

cardíaca descompensada perfil B e realizado teste rápido para dengue resultando em NS1 positivo e IgM positivo. Apesar da infecção confirmada, o paciente não apresentou plaquetopenia. Em 01/05/2024 o paciente foi reavaliado mostrando melhora em sua ausculta pulmonar, sem qualquer padrão ou queixa de desconforto respiratório. **Discussão:** Durante a infecção pelo vírus da dengue, pode ocorrer uma redução na quantidade de plaquetas no organismo podendo ser decorrente da diminuição na produção medular ou de uma maior destruição periférica, comumente ocorrendo entre o segundo e o sexto dia da doença e voltando ao normal em sete a dez dias. O Ministério da Saúde estabelece que a decisão da suspensão ou não da varfarina deve ser tomada mediante análise dos níveis séricos plaquetários, neste relato a varfarina foi suspensa mesmo com plaquetas acima de $50 \times 10^3/\text{mm}^3$, contrariando assim o protocolo já estabelecido. **Conclusão:** O paciente relatado neste caso teve a varfarina retirada mesmo na ausência de um quadro de plaquetopenia, mediante a essa conduta, este relato de caso entende que o manejo do paciente poderia ter sido guiado pela medicina baseada em evidências, na qual a Varfarina é suspensa na presença de aumento de plaquetas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.922>

TROMBOCITOPENIA PRIMÁRIA IMUNE OCASIONADA POR VACINA DA DENGUE: UM RELATO DE CASO

ABF Diniz^a, DR Moreira^a, KMB Maciel^a, CVS Barros^a, LP Goveia^a, MLMR Sousa^a, MFL Pereira^a, MB Balduino^a, ACCC Torres^b, ALM Queiroz^c

^a Centro Universitário UNIFACID Wyden, Teresina, PI, Brasil

^b Universidade Nove De Julho (Uninove), São Paulo, SP, Brasil

^c Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, PI, Brasil

Introdução: A Trombocitopenia Primária Imune (PTI) é uma patologia comum da infância, usualmente desencadeada por quadros infecciosos virais e caracterizada por trombocitopenia quantitativa. A reação viral tipo antígeno-anticorpo pode ser demonstrado na forma aguda da doença, principalmente em crianças após infecção aguda viral, constituindo uma reação cruzada contra os antígenos plaquetários. O diagnóstico de PTI passa pela exclusão de patologias que cursam com trombocitopenia, mas sua abordagem propedêutica ainda é controversa. Consoante à isso, a infecção pelo vírus da dengue pode desencadear uma resposta imunológica exacerbada, levando à destruição das plaquetas e ao desenvolvimento de PTI. A vacina Qdenga é composta por quatro diferentes sorotipos do vírus causador da doença. (Brasil, 2023). **Objetivo:** Compreender a relação entre a aplicação da vacina da dengue e a ocorrência de Trombocitopenia Primária Aguda. **Relato de caso:** Criança IBSA, sexo masculino, 10 anos de idade, com quadro de aparecimento de equimoses e petéquias nos últimos 3 dias, quando procurou atendimento

médico em pronto-socorro pediátrico. Durante a avaliação inicial, foi questionada a presença de sintomas adicionais como febre, dor, sintomas respiratórios ou gastrointestinais, todos negados pelo paciente. Negava ainda história de hemorragias ativas e traumas. Na história pregressa, paciente encontrava-se previamente hígido sem infecções recentes. Informou a vacinação há cerca de 15 dias da vacina contra a Dengue (QDENG[®]). O exame físico apresentava-se normal, exceto pelas equimoses difusas em membros inferiores e tórax. Hemograma, apresentou hemoglobina 12,7 g/dL, leucócitos 10.640 mm³, plaquetopenia 27.000 mm³ e macroplaquetas. A pediatra aventou a hipótese de Trombocitopenia Imune Primária (PTI), desencadeada pela vacina da Dengue e iniciou tratamento com corticosteróide na dose aproximada de 1 mg/kg/dia. O paciente evoluiu bem, após 5 dias do início do tratamento o hemograma já mostrava 71.000 plaquetas/mm³, tendo recebido alta. **Discussão:** Este caso clínico ilustra uma complicação rara, mas grave, da dengue. A associação entre dengue e PTI é complexa e envolve uma interação entre o vírus da dengue e o sistema imunológico do hospedeiro. A queda na contagem de plaquetas resulta da destruição imune das plaquetas e da disfunção plaquetária. A DENV induz depressão da medula óssea e diminui a produção de plaquetas, o que explica a trombocitopenia de pacientes infectados. Uma contagem de plaquetas igual ou inferior a 50.000 mm³ constitui um sinal de alerta para formas mais graves de dengue. À vista disso, está descrito no caso a presença de trombocitopenia, tendo-se verificado normalização da contagem de plaquetas após tratamento com corticosteróide depois de 5 dias. No caso apresentado, a presença de trombocitopenia, os achados clínicos e o relato do paciente que recebeu o vírus dengue atenuado, considerou-se que se tratava de um caso de PTI desencadeada pela vacina da dengue. **Conclusão:** Neste caso, conclui-se a hipótese diagnóstica de Trombocitopenia Primária Imune, visto que a administração de corticosteróides mostrou-se eficaz na recuperação da contagem de plaquetas, confirmando a complexa interação entre o sistema imunológico e os componentes virais presentes na vacina.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.923>

PACIENTES COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNOLÓGICA: UM PERFIL EPIDEMIOLÓGICO BRASILEIRO

GS Guerato^a, GDS Almeida^b, GS Oliveira^c,
AGD Oliveira^d, IS Marins^e, BCDN Souza^f,
BF Manzan^f, LHMSG Gracioli^g, HBP Perez^h,
MV Thomazzoniⁱ

^a Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS), São Caetano do Sul, SP, Brasil

^b Universidade de Rio Verde (UnRV), Formosa, GO, Brasil

^c Universidade Nove de Julho (UNINOVE), Bauru, SP, Brasil

^d Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (CMMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^e Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos (HUMANITAS), São José dos Campos, SP, Brasil

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

^g Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil

^h Centro Universitário Ingá (UNINGÁ), Maringá, PR, Brasil

ⁱ Universidade de Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Delimitar o perfil epidemiológico das internações por Púrpura Trombocitopênica Imunológica (PTI) no território brasileiro de 2018 a 2022. **Material e Métodos:** Estudo epidemiológico de abordagem quantitativa, de caráter descritivo e retrospectivo sobre óbitos de pacientes com púrpura trombocitopênica imunológica, realizado através de extração de dados no DATASUS/MS, na série temporal de 2018 a 2022. As variáveis incluíram faixa etária, sexo e raça/etnia, sendo estratificadas por região brasileira. **Resultados:** De 2018 a 2022, o Brasil registrou 1.535 óbitos por PTI. O Sudeste teve a maior concentração, com 671 óbitos (43,7% do total), seguido pelo Nordeste com 435 (28,3%), o Sul com 305 (19,9%), o Norte com 120 (7,8%) e o Centro-Oeste com 107 (7,0%). Essas diferenças regionais podem refletir variações no acesso à saúde, densidade populacional e outros fatores sociais. A análise etária mostrou que a maioria dos óbitos ocorreu em pacientes com 60 anos ou mais, totalizando 572 óbitos, indicando maior vulnerabilidade dos idosos. A faixa de 40 a 59 anos foi a segunda mais afetada, com 660 óbitos, seguida pela de 20 a 39 anos, com 441 óbitos. Pacientes entre 5 e 19 anos somaram 193 óbitos, enquanto as faixas de 1 a 4 anos e menores de 1 ano registraram 49 e 211 óbitos, respectivamente. Esse perfil etário destaca a necessidade de intervenções para grupos vulneráveis, especialmente idosos. Quanto ao sexo, os homens tiveram maior incidência, com 1.445 óbitos, comparados a 1.147 entre mulheres. O Sudeste foi responsável por 53,2% desses casos. Nordeste e Sul também mostraram alta mortalidade masculina, com 233 e 313 óbitos, respectivamente. Na análise étnica, brancos tiveram o maior número de óbitos, com 1.465 casos, seguidos por pardos com 1.147 e pretos com 211. O Sudeste apresentou o maior número de vítimas brancas (770) e pretas (121), enquanto o Nordeste concentrou o maior número de pardos (520). **Discussão:** O estudo revelou variações regionais, de gênero e étnicas nos óbitos por PTI no Brasil, destacando a necessidade de políticas de saúde pública que considerem diferenças demográficas e sociais. O Sudeste teve a maior incidência, predominando homens brancos acima de 60 anos, o que exige políticas direcionadas para esse grupo e região. No Nordeste, a discrepância nos óbitos pode ser ligada à menor densidade populacional e acesso precário aos serviços de saúde, mostrando a necessidade de melhorar cuidados de saúde e infraestrutura. Esses dados revelam possíveis desigualdades étnico-raciais na mortalidade por PTI, influenciadas por fatores como acesso à saúde e condições socioeconômicas. **Conclusão:** Fatores socioeconômicos e socioculturais devem ser considerados na elaboração de estratégias de saúde para os grupos mais afetados. Outras