

Objetivos: Este trabalho objetiva revisar as evidências atuais sobre a fisiopatologia e as estratégias terapêuticas para a Trombocitopenia Neonatal Aloimune (TNAI) e a trombocitopenia autoimune neonatal, a fim de guiar a prática clínica e reduzir a morbimortalidade associada. **Material e métodos:** Foi realizada uma revisão da literatura nas bases UpToDate, LILACS, SciELO e PubMed, utilizando os descritores: “doenças do recém-nascido”, “transtornos plaquetários”, “púrpura trombocitopênica idiopática” e “trombocitopenia aloimune neonatal”. A busca inicial identificou 2.029 publicações, das quais 4 estudos foram selecionados para análise, com base em critérios de relevância e elegibilidade. **Discussão e conclusão:** A literatura analisada destaca que, nos casos graves de trombocitopenia neonatal, o tratamento baseia-se em transfusões de plaquetas e Imunoglobulina Intravenosa (IVIG) (PAIDAS, 2025). Na TNAI, recomenda-se abordagem pré-natal proativa com IVIG materna e limiares transfusionais pós-natais de < 30.000 µL em neonatos estáveis e < 100.000 µL na presença de hemorragia intracraniana, preferencialmente com plaquetas maternas ou compatíveis com HPA (FERNANDES, 2025a). Já na forma autoimune, adota-se conduta pós-natal mais conservadora, com transfusões indicadas quando < 20.000 µL, devido ao menor risco hemorrágico e à eficácia limitada de plaquetas randômicas frente à polirreatividade dos autoanticorpos (FERNANDES, 2025a). A distinção etiológica é crucial, pois direciona o manejo: a TNAI exige intervenção precoce e individualizada, enquanto a forma autoimune permite conduta mais expectante (LOWE, 2025). A diferenciação entre TNAI e trombocitopenia autoimune é fundamental para definir a conduta terapêutica e o prognóstico neonatal. A TNAI, por seu potencial elevado de gravidade, demanda intervenções pós-natais imediatas e estratégias profiláticas em futuras gestações. Já a trombocitopenia autoimune, de evolução geralmente mais benigna, permite manejo mais conservador. Assim, um diagnóstico preciso, baseado em critérios clínicos e sorológicos, orienta intervenções adequadas e melhorar os desfechos clínicos.

Referências:

- Fernandes CJ. Neonatal immune-mediated thrombocytopenia. In: Garcia-Prats, J. A.; O'brien, S.; Tehrani, N. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2025a. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- Fernandes CJ. Neonatal thrombocytopenia: Etiology. In: Garcia-Prats JA; O'brien S; Tehrani N. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2025b. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- Lowe G, et al. Inherited Platelet Function Disorders (IPFDs). In: Crowther M; Tirnauer JS. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2025. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 10 jul. 2025.
- Paidas MJ. Fetal and neonatal alloimmune thrombocytopenia: Parental evaluation and pregnancy management. In: Wilkins-Haug L, Eckler K. (ed.). UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc., 2025. Disponível em: <http://www.uptodate.com>. Acesso em: 10 jul. 2025.

ID – 894

NEUTROPENIA CÍCLICA EM CRIANÇA COM INFECÇÕES GRAVES DE REPETIÇÃO: DESAFIOS NA INDIVIDUALIZAÇÃO DA TERAPIA COM G-CSF

DR Moreira ^a, MB Marques ^a, FGDAL Moreira ^b, ABF Diniz ^c

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia do Piauí (Hemopi), Teresina, PI, Brasil

^b Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí (HU-UFPI), Teresina, PI, Brasil

^c Centro Universitário UniFacid, Teresina, PI, Brasil

Introdução: A neutropenia cíclica é uma rara desordem hematológica congênita, caracterizada por episódios regulares de neutropenia grave, com risco elevado de infecções recorrentes. O manejo requer diagnóstico acurado e ajuste individualizado da terapia com fator estimulador de colônias de granulócitos (G-CSF), especialmente em pediatria. **Descrição do caso:** Paciente do sexo feminino, 3-anos e 7-meses, com histórico de sepse por Salmonella (2022 e 2023), infecções respiratórias recorrentes, internações em UTI e episódios de enterorraquia. A investigação revelou padrão oscilatório de neutropenia grave (< 500 mm³) com intervalos de normalidade. A biópsia de medula óssea evidenciou medula normocelular (90%) com atraso maturativo da linhagem granulocítica e aumento de precursores CD34+ (15%), sem displasia em outras linhagens, reforçando a suspeita de neutropenia cíclica. Iniciou-se tratamento com Filgrastim (5 mcg/kg/dia, SC), com resposta hematológica intensa: leucocitose de 21.480 e 34.130 mm³ nos dias 3 e 6, respectivamente, e neutrófilia absoluta (~22.800 mm³). Diante da resposta exuberante, a medicação foi suspensa temporariamente. Após 9-dias, o hemograma demonstrou novo nadir (ANC ~110 mm³), confirmando padrão cíclico. Reintroduzido o Filgrastim com dose reduzida (2,5 mcg/kg/dia), a paciente novamente apresentou irritabilidade, cansaço e episódios de dor de garganta, mesmo com neutrófilia controlada. Por precaução clínica e diante da recorrência dos sintomas associados ao uso da medicação, optou-se por nova suspensão do G-CSF, com manutenção do monitoramento laboratorial e clínico próximo. Este caso demonstra as nuances do manejo da neutropenia cíclica em pediatria. O diagnóstico baseou-se em história clínica, padrão laboratorial oscilante e achados histopatológicos sugestivos. A resposta robusta ao Filgrastim reforça o diagnóstico funcional, mas também evidenciou a necessidade de vigilância quanto a efeitos adversos não hematológicos, mesmo com doses reduzidas. **Conclusão:** A neutropenia cíclica exige conduta terapêutica flexível e individualizada. Embora o G-CSF seja eficaz, sua utilização deve considerar não apenas a resposta laboratorial, mas também o impacto clínico, especialmente em pacientes pediátricos. A observação contínua do padrão cíclico e a adaptação da dose são fundamentais para garantir eficácia com segurança.

Referências:

Zergham AS, Acharya U, Mukkamalla SKR. Cyclic Neutropenia. 2023 May 22. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 32491328.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105076>

ID – 3273

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ANEMIA EM CRIANÇAS DE 12 A 37 MESES: ESTUDO DE COORTE NO SUDESTE BRASILEIRO

IO Tanios ^a, APR Levandowski ^a, JEG Barros ^a, HJP Blaschi Neto ^b, H Bettoli ^b, VMF Simões ^a, RFL Batista ^a

^a Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

^b Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A anemia é uma condição caracterizada pela redução da massa de hemoglobina e, portanto, da massa eritrocitária, o que compromete o transporte de oxigênio e impacta negativamente no desenvolvimento físico e cognitivo das crianças. Estima-se que cerca de 25% das crianças brasileiras menores de 5-anos apresentam essa condição, constituindo um importante problema de saúde pública. Estudos regionais apontam altas taxas de prevalência, especialmente em populações com maior vulnerabilidade social. Nesse contexto, o presente estudo busca contribuir para o conhecimento da prevalência e dos fatores associados à anemia em crianças pequenas. **Objetivos:** Estimar a prevalência de anemia em crianças de 12 a 37 meses residentes na cidade de Ribeirão Preto – São Paulo e analisar a associação com fatores biológicos, socioeconômicos e maternos. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo de base populacional, a partir da coorte de nascimentos de 2010 do estudo BRISA. Foram incluídas 3.079 crianças com dados completos de hemograma e informações coletadas por entrevista com as mães. A anemia foi definida como hemoglobina < 11 g/dL, segundo a Organização Mundial da Saúde. As variáveis analisadas incluíram: peso ao nascer, tipo de parto, sexo, cor da pele, idade da criança, frequência em creche, escolaridade materna, situação conjugal, história de anemia gestacional e classe econômica (segundo CEB). A associação entre essas variáveis e a presença de anemia foi avaliada por regressão de Poisson, com cálculo do Risco Relativo (IRR) e Intervalo de Confiança de 95%. **Resultados:** A prevalência de anemia foi de 15,6%. Observou-se maior risco entre filhos de mães com baixa escolaridade (IRR ajustado = 2,37; 95% IC = 1,47–3,81), mães sem companheiro (IRR ajustado = 1,51; 95% IC = 1,16–1,95), crianças com idade entre 12 e 24 meses e aquelas pertencentes às classes D/E (IRR ajustado = 1,85; 95% IC = 1,35–2,54). A ausência de anemia materna na gestação foi fator protetor (IRR ajustado = 0,66; 95% IC = 0,53–0,81). Não houve associação significativa com sexo, cor, tipo de parto, peso ao nascer ou frequência à creche. **Discussão e conclusão:** Os achados reforçam o papel dos determinantes sociais, como escolaridade e renda, na etiologia da anemia. A idade entre 12

e 24 meses, fase de elevada exigência nutricional, apresentou risco elevado, indicando necessidade de estratégias específicas para esse grupo. Embora o parto cesáreo inicialmente parecesse protetor, essa associação perdeu significância após o ajuste por fatores socioeconómicos, evidenciando possível viés de acesso aos serviços de saúde. Desse modo, conclui-se que a anemia em crianças de 12 a 37 meses permanece como um problema relevante de saúde pública. Os principais fatores associados foram de natureza socioeconómica e materna. Os resultados indicam a necessidade de políticas públicas que promovam educação materna, combate à desigualdade social e atenção nutricional continuada na primeira infância. Apesar da amostra robusta, trata-se de um recorte transversal dentro de uma coorte, limitando inferências causais e generalizações para outras populações.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e Protocolos: Relatório de Recomendação Anemia por Deficiência de Ferro. [Internet]. Brasília - DF; 2023.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105077>

ID – 2489

PROFILAXIA COM EMICIZUMABE EM PACIENTES COM HEMOFILIA A GRAVE: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL BOLDRINI

MC Della Piazza, LCM Gusmão, M Verissimo, AC Azevedo, CC Omae, JC Yajima, TN Ferreira, SR Bandalise

Centro Infantil Boldrini, Campinas, SP, Brasil

Introdução: A Hemofilia A Grave (HAG) é uma doença hemorrágica hereditária caracterizada pela deficiência acentuada do fator VIII, resultando em sangramentos principalmente no sistema musculo esquelético. O tratamento profilático com concentrados de fator VIII tem sido a abordagem padrão no Brasil para prevenir episódios hemorrágicos e preservar a função articular. Contudo, a formação de inibidores contra o fator VIII representa um desafio clínico significativo, limitando a eficácia da terapia convencional e exigindo estratégias alternativas, como a Imunotolerância (ITI) e o uso de agentes bypass. O emicizumabe, um anticorpo monoclonal biespecífico que simula a função do fator VIII, tem emergido como uma opção terapêutica inovadora para pacientes com HAG, com ou sem inibidores. Administrado por via subcutânea e com perfil farmacocinético favorável, demonstrou eficácia na redução da taxa anual de sangramento (ABR), além de melhorar a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos pacientes, conforme evidenciado nos estudos da série HAVEN. **Objetivos:** Relatar a experiência clínica do Hospital Boldrini com o uso de emicizumabe como profilaxia em pacientes com Hemofilia A Grave (HAG), com ou sem inibidores, conforme protocolos do Ministério da Saúde e convênio privado. **Material e métodos:** Foram acompanhados sete pacientes masculinos, entre 3 e 37 anos, com HAG. Seis com presença de inibidores e um sem histórico de inibidor recebeu a droga através de convênio privado. Cinco dos seis com