

10_ JOVEM HEMO: TRABALHOS DAS LIGAS ACADÊMICAS DO PROGRAMA SANGUE JOVEM

ID – 3303

A ABORDAGEM INTEGRADA NA HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA: DA ANÁLISE LABORATORIAL AO TRATAMENTO INDIVIDUALIZADO

LOCS Dantas, EAM Braga, MEP Vasconcelos,
LA Arcanjo, AAd Vasconcelos, LR Gurgel,
CGd Silva, AKA Arcanjo, MLGG Rocha

Centro Universitário Inta (UNINTA), Sobral, CE,
Brasil

Introdução: A hematologia pediátrica clássica estuda, diagnóstica e trata doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos em crianças, abrangendo alterações nas células sanguíneas e distúrbios da hemostasia e da medula óssea. Entre as mais comuns, estão as anemias (nutricionais, hemolíticas e aplásticas), alterações nos leucócitos, trombocitopatias e coagulopatias hereditárias ou adquiridas. Sua abordagem exige integração entre conhecimentos laboratoriais, clínicos e genéticos, sendo fundamental na prática médica e na pesquisa. **Objetivos:** Apresentar uma visão geral da hematologia pediátrica clássica, abordando suas principais condições, particularidades fisiológicas e relevância clínica, ressaltando a importância da integração entre conhecimentos laboratoriais, clínicos e genéticos para o diagnóstico e tratamento adequados na população infantil. **Material e métodos:** Revisão narrativa de literatura conforme PRISMA, com ênfase em piropoiquilocitose hereditária e anomalia de Pelger-Huet, e o impacto dos avanços em hematologia oncológica pediátrica. Foram selecionados 4 estudos recentes, envolvendo crianças de 0 a 18 anos. Incluíram-se artigos publicados nos últimos cinco anos; excluíram-se estudos com população adulta. Buscas em LILACS, PubMed e SciELO com descritores DeCS. **Discussão e conclusão:** A revisão evidenciou prevalência de anemias hereditárias, incluindo piropoiquilocitose e anomalia de Pelger-Huet, na população pediátrica. O diagnóstico precoce, com integração entre avaliação clínica, exames laboratoriais e análise genética, mostrou-se determinante para terapêutica eficaz. Avanços recentes reforçam a necessidade de manejo individualizado. As análises reforçam a importância do diagnóstico preciso em doenças hematológicas hereditárias, como as anemias hemolíticas, a fim de garantir uma abordagem individualizada e integral para cada caso. Avançar na pesquisa médica possibilita oferecer diagnósticos mais precisos e tratamentos adequados às crianças. A hematologia pediátrica clássica evidencia a complexidade diagnóstica e terapêutica, alinhando cuidados desde a primeira infância, já que são evidenciados muitos casos devido a fatores genéticos. A integração entre avaliação clínica e investigação genética criteriosa permite uma abordagem mais precisa e individualizada, tornando essencial investir no diagnóstico precoce e na otimização dos tratamentos para melhorar o prognóstico infantil.

2531-1379/

Referências:

- Borges ABT, et al. Piropoiquilocitose hereditária no período neonatal: relato de caso. Relato de Caso, [S.l.], v. 13, n. 4, 2023.
- Canciani G, et al. Editorial: Recent advances in pediatric red blood cells disorders. *Frontiers in Pediatrics*. v. 12, p. 1403651, 3 abr. 2024.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105375>

ID – 1394

ANEMIA GRAVE RECORRENTE EM PACIENTE PORTADOR DA SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER: UM RELATO DE CASO NO PRONTO-ATENDIMENTO

IS Durães, LM Brandião, RMd Araújo,
AB Amaral

Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus
Governador Valadares, Governador Valadares, MG,
Brasil

Introdução: A Síndrome de Rendu-Osler-Weber (Telangiectasia Hemorrágica Hereditária ou THH) é uma doença sistêmica

rara, com componente genético autossômico dominante, que resulta em múltiplas displasias arteriovenosas que podem cursar com sangramentos. Ela deve ser considerada no diagnóstico diferencial de anemias crônicas ou graves de origem não esclarecida, especialmente quando acompanhadas de história familiar sugestiva ou manifestações hemorrágicas recorrentes. O diagnóstico clínico é baseado nos critérios de Curação e exames complementares. A epistaxe é o sintoma mais precoce e comum, mas outros sangramentos, como os de origem gastrointestinal, podem se tornar expressivos ao longo do tempo, levando à depleção progressiva de ferro e, em casos graves, à anemia sintomática. O tratamento principal ainda se baseia no suporte clínico ao paciente, com suplementações de ferro e hemotransfusões. A abordagem multidisciplinar e o reconhecimento precoce são fundamentais para prevenir complicações e otimizar o tratamento. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 77 anos, lavrador, residente em zona rural do norte de Minas Gerais, com diagnóstico prévio de HHT, busca atendimento hospitalar devido a sintomas de astenia, hiporexia, palidez, dispneia e tosse. Ao exame físico, hipocorado 3+/4, eupneico em ar ambiente, com roncos difusos e crepitações finas e saturação em 94%. Em uso de Ultrafer e com história pregressa de AVE. O paciente esteve internado três vezes no último ano por um quadro de anemia microcítica e hipocrômica grave, com hemoglobina média de 3g/dL, necessitando de hemotransfusão. No hemograma mais recente, obteve os seguintes resultados: hemácias: 1,92; hemoglobina: 3,2g/dL; hematócrito: 12%; VCH: 63,98 fL; HCM: 16,67 pg; CHCM: 26,67 g/dL; RDW CV: 19,2%; GL: 3,18 L; PQ: 370. Na radiografia, apresentava infiltrado perihilar e consolidações em base à direita. O paciente foi diagnosticado com anemia grave e pneumonia bacteriana adquirida na comunidade, sendo feita a internação para hemotransfusão de urgência e prescrito antibiótico. O paciente teve melhora clínica e hemograma normalizado após 3 bolsas de hemoconcentrado de hemácias, recebendo alta hospitalar. **Conclusão:** Este caso ressalta a importância de considerar a THH como uma possível hipótese diagnóstica de anemia grave, mesmo em atendimentos de rotina, como no pronto-atendimento. O reconhecimento clínico da síndrome e a familiaridade com seus critérios diagnósticos são essenciais para conduzir adequadamente o caso, reduzir o tempo até o diagnóstico e evitar abordagens terapêuticas inadequadas. Em pacientes com sintomas sugestivos e histórico compatível, a suspeição clínica deve ser prontamente levantada, permitindo intervenções precoces e direcionadas, especialmente em cenários de urgência médica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105376>

ID – 350

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE COOMBS NEGATIVA – DIAGNÓSTICO E MANEJO: UM RELATO DE CASO

RM Ferrari^a, GJ Criado^a, LP Andrade^a,
LFF Marins^a, LadPC Lage^b, RdO Costa^a

^a Faculdade de Ciências Médicas de Santos (FCMS), Santos, SP, Brasil

^b Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: **Objetivo:** Relatar caso de AHAI Coombs direto (CD) negativo em paciente suspeita de SAF, abordando diagnóstico, terapêutica e associação entre as condições. **Descrição do Caso:** Materiais e métodos: Mulher, 62 anos, inicia seguimento na hematologia após internação por anemia grave com necessidade transfusional (09 conc hemácias), sem diagnóstico definido. Destacavam-se 03 abortos espontâneos, 02 episódios prévios de TVP, Hb 6,6 g/dL e provas de hemólise positivas. Diante dos eventos trombóticos e abortamentos prévios, formulada HD de SAF e iniciada anticoagulação oral com marevan. Teste de CD negativo. Com piora da anemia para níveis graves e evidência clara de hemólise (Hb 5,8 g/dL, VCM 118,3 fL, reticulócitos 158.340 mm³, BI 1,31 mg/dL, DHL 504 U/L, haptoglobina indetectável < 6 mg/dL), realizada prova terapêutica com prednisona 1 mg/kg/dia. Houve resposta significativa e incremento da Hb: 5,8 g/dL → 7,1 g/dL (D+5 da prednisona) → 11,7 g/dL → 14,5 g/dL, além da normalização dos marcadores laboratoriais de hemólise. Seguimento ambulatorial cursa sem anemia, INR no alvo (2,75), sem sangramentos e em desmame da prednisona (10 mg/dia). **Discussão:** A AHAI é classicamente confirmada pela positividade do teste de Coombs Direto (CD). Contudo, cerca de 3% dos casos podem apresentar CD negativo, o que representa um desafio diagnóstico e exige a consideração de outras evidências de hemólise, como redução da haptoglobina, reticulocitose e elevação da BI e da DHL. No caso descrito, o diagnóstico de AHAI foi sustentado mesmo na ausência de CD positivo, com base em provas de hemólise positivas, exclusão de outras causas de anemia e resposta favorável à corticoterapia. Ademais, havia forte suspeita clínica de SAF, baseada em antecedentes de abortos espontâneos e episódios prévios de TVP, sendo a citopenia autoimune um dado que corroborava o diagnóstico. O manejo terapêutico da AHAI, incluindo a forma Coombs-negativa, baseia-se na administração de corticosteroides. A resposta à prednisona foi completa, com melhora clínica e laboratorial progressiva. Em paralelo, a anticoagulação é imprescindível no contexto da SAF para prevenir novos eventos trombóticos, com atenção especial ao anticoagulante usado, que, nestes casos, deve ser o antagonista da vitamina K, eficaz na prevenção adequada de eventos arteriais, além de venosos. Quanto ao seguimento com reumatologista, a paciente aguarda confirmação do diagnóstico e não conseguiu realizar os exames laboratoriais para SAF na rede básica. Contudo, a resposta favorável, a manutenção do INR no alvo, a ausência de sangramentos e a indicação clínica de anticoagulação perene, a despeito dos exames de SAF, reforçam a relevância do diagnóstico baseado na história clínica, na tomada de decisão imediata frente às anemias hemolíticas graves e na atuação multidisciplinar na otimização do cuidado ao paciente. **Conclusão:** As anemias são citopenias comuns na prática clínica. Embora mais comumente carenciais, podem ser graves e fatais, especialmente quando hemolíticas. A história clínica, sugerindo associação a outras comorbidades, e a investigação básica da síndrome anêmica, considerando a cinética da medula óssea em resposta ao estímulo anêmico (hipoproliferativas ou