

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

proliferativas compensatórias), são essenciais na prática clínica diária, especialmente no cenário do Sistema Único de Saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105377>

ID – 3371

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE INFANTIL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO PARA O PEDIATRA

LAL Frota, CG da Silva, MLGG Rocha,
LA Arcanjo, LR Gurgel, AA de Vasconcelos,
ATT Montalvão, MES Tahim, MEP Vasconcelos,
MJ Passos

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

Introdução: A anemia, em geral, acontece quando as hemácias estão abaixo do normal no sangue, resultando em distribuição baixa de oxigênio para os órgãos. Referente à Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI), ela difere-se pela sintomatologia que resulta da hemólise, sendo uma condição rara caracterizada pela ligação de anticorpos específicos e eritrócitos, reduzindo o tempo de vida destes. **Objetivos:** Compreender a apresentação clínica da anemia hemolítica autoimune no público infantil. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo exploratório por meio de pesquisa bibliográfica não sistematizada, sendo operacionalizada a partir da busca eletrônica de artigos presentes na base de dados: Google Acadêmico. Para os critérios de inclusão, foram selecionados 5 trabalhos publicados no período de 2021 a 2025, contendo o texto na íntegra nos idiomas Português e Inglês, que atendessem ao objetivo proposto. Foram excluídos artigos publicados antes do ano de 2021. **Discussão e conclusão:** Essa doença acomete os públicos adulto e infantil, sendo ainda mais raro neste, em uma proporção de 0,8 casos em 100.000 indivíduos com menos de 18 anos e é mais prevalente no sexo masculino entre crianças e mais no sexo feminino entre adolescentes. Quanto às classificações da AHAI, diversos estudos demonstraram que muitos diagnósticos são de causas primárias e quase 70% dos casos são por anticorpos quentes, mas é necessário que todas as crianças façam uma busca por etiologias adjacentes. Além disso, os sintomas observados na Pediatria são os mesmos entre os adultos, como icterícia, palidez, febre, fadiga e dispneia. O diagnóstico é feito pelos seguintes exames: hemograma, reticulócitos, bilirrubina indireta, desidrogenase láctica e teste de Coombs direto e indireto. Com a confirmação deles, é iniciado o tratamento, que varia de acordo com o anticorpo encontrado, caso seja o quente é prescrito corticoides, como a prednisona, caso seja o frio, a terapia é curta e autolimitada por meio de hidratação, diurese e proteção do frio. Ainda, em pacientes extremos, a esplenectomia é indicada apenas quando as drogas não surtirem efeito, devendo sempre medir os riscos desse procedimento pela idade da criança e pelas vacinas para prevenção de infecções. Crianças que apresentam resposta parcial aos corticoides devem fazer uma associação com imunossuppressores,

ciclosporina e azatioprina, para diminuir as doses dos corticoides e os efeitos colaterais pelo uso a longo prazo. Com base nos artigos analisados, percebe-se que a anemia hemolítica autoimune entre crianças e adolescentes possui a necessidade de uma pesquisa mais aprofundada para encontrar o diagnóstico. Devido a isso, é essencial que o pediatra seja cauteloso e investigue fatores relacionados à doença quando houver suspeita, pois pode ser fatal, se porventura a apresentação clínica não estiver nítida ou o tratamento for refratário. Assim, por ser ainda mais incomum na Pediatria, é importante que os médicos responsáveis saibam identificar e tratar de forma adequada para que o prognóstico curse com a cura da doença. Porém, ainda é escasso o estudo da AHAI no público infantojuvenil devido à sua singularidade, sendo preciso mais conhecimento sobre seu curso clínico e tratamento para que a resolução do caso seja precoce e a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes seja preservada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105378>

ID – 371

ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA: IMPACTO E ESTRATÉGIAS DE MANEJO

M Brito, JdM Eduardo

Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: A anemia é uma complicação frequente da Doença Renal Crônica (DRC), associada ao aumento da morbimortalidade, piora da qualidade de vida e progressão da insuficiência renal. Sua é multifatorial, envolvendo deficiência de Eritropoietina (EPO), ferropenia e inflamação crônica. A identificação precoce e o tratamento adequado são essenciais para reduzir complicações. Este estudo visa avaliar os principais aspectos da anemia na DRC, abordando diagnóstico, impacto clínico e estratégias terapêuticas. **Objetivos:** Revisar os mecanismos fisiopatológicos, critérios diagnósticos e abordagens terapêuticas da anemia na DRC, com ênfase nos impactos clínicos e manejo adequado. **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão baseada em literatura científica e protocolos clínicos sobre a anemia na DRC. Foram avaliadas publicações que abordam a epidemiologia, diagnóstico laboratorial e tratamento, incluindo suplementação de ferro, uso de AEE e transfusão sanguínea. A análise considerou critérios de hemoglobina < 13 g/dL em homens e < 12 g/dL em mulheres, além dos valores de ferritina e saturação de transferrina para diagnóstico da deficiência de ferro. **Discussão e conclusão:** A anemia na DRC apresenta alta prevalência, especialmente em pacientes com Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 30 mL/min/1,73m². A redução da produção de EPO e a deficiência de ferro são os principais fatores etiológicos. O diagnóstico precoce por meio da monitorização da hemoglobina e do metabolismo do ferro permite a instituição de terapias adequadas. O tratamento inclui suplementação de ferro oral ou intravenoso, uso de AEE e, em casos selecionados, transfusões sanguíneas. Manter a hemoglobina entre 10–12 g/dL reduz o risco de eventos adversos e melhora a qualidade