

elevada, o que provavelmente reflete um viés de indicação para casos refratários, podendo justificar a maior mortalidade nessa população. No nosso estudo, foram incluídos apenas os casos de sepse complicada, com falência de múltiplos órgãos ou microangiopatia trombótica. Excluindo o paciente com síndrome hemofagocítica, tivemos 80% de melhora do quadro, 20% sem alteração e nenhum caso de piora do quadro com o uso da plasmaférese. Tais achados são condizentes com a literatura em que há relatos de casos e estudos retrospectivos com melhora hemodinâmica e recuperação de função orgânica com o uso precoce da plasmaférese. Contudo, mais estudos randomizados, controlados são necessários para avaliar o real impacto desse procedimento nessa população. **CONCLUSÃO** Nosso estudo sugere que a TPE pode ser benéfica como tratamento adjuvante para crianças com sepse complicada. Mais estudos são necessários para definir o papel da TPE nessa população.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105601>

ID – 2806

PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA ECOGUIADA NA ERITROCITAFÉRESE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO CEARÁ

AKS Lucas ^a, NCM Castro ^a, HFA Alves ^b, SAT Barbosa ^a, FSF Costa ^a, LM Oliveira ^a, LEM Carvalho ^a, F Miyajima ^c, JS Alves ^a, MF Nobre ^a

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), Fortaleza, CE, Brasil

^b Instituto Dr Jose Frota, Fortaleza, CE, Brasil

^c FIOCRUZ, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A eritrocitférese terapêutica é uma intervenção essencial no manejo de complicações graves da doença falciforme e em situações como na gestação pode ser uma das poucas opções disponíveis. O acesso venoso periférico adequado é um desafio em pacientes gestantes com histórico de múltiplas punções, podendo inviabilizar o procedimento. A punção ecoguiada surge como alternativa segura, eficaz para viabilizar terapias de aférese de alta complexidade. **Descrição do caso:** Descrever a experiência da utilização de punção venosa ecoguiada em pacientes com necessidade de eritrocitférese. **Relato de Experiência:** Gestante de 23 anos, portadora de anemia falciforme HbSS, foi admitida no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE) com indicação urgente de eritrocitférese. A paciente apresentava veias periféricas esgotadas, com falhas prévias de punção convencional. Optou-se pelo uso de punção venosa guiada por ultrassom (USG) para implantação de acesso venoso periférico que possibilite um bom fluxo para a máquina. Após criteriosa avaliação da rede venosa da paciente, o procedimento foi realizado à beira leito, com punção bem-sucedida na primeira tentativa, em uma veia identificada por USG no membro superior, utilizando uma sonda linear em modo B, por uma profissional treinada para a realização do procedimento. Foi utilizado um cateter curto 18G e realizados todos os

procedimentos de assepsia, fixação e manutenção do cateter conforme punção convencional até a finalização do procedimento. A sessão de eritrocitférese transcorreu sem intercorrências, com fluxo sanguíneo médio de 80 mL/min e duração de 2 horas e 20 minutos. A paciente apresentou melhora clínica significativa, sem complicações locais ou sistêmicas. O caso evidencia que o uso de punção ecoguiada em pacientes com difícil acesso venoso é uma estratégia eficaz para garantir a realização de procedimentos críticos como a eritrocitférese. Além de reduzir riscos e o desconforto do paciente associados a múltiplas tentativas de punção sem sucesso, otimiza o tempo do procedimento e a segurança materno-fetal. **Conclusão:** A punção venosa ecoguiada demonstrou-se fundamental para viabilizar a eritrocitférese em gestante com acesso periférico inviável, garantindo segurança, fluxo ideal para a máquina e sucesso na aplicação da terapia. A incorporação sistemática dessa técnica pode ampliar a elegibilidade de pacientes críticos para terapias de aférese, devendo ser sustentada pelo treinamento das equipes para identificação da necessidade e para a execução.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105602>

ID – 2415

REALIZAÇÃO DE LEUCOCITAFÉRESE EM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA (LLC), PROLINFOCITOSE E SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE

DdS Leme, TCF dos Santos, FdO Moraes, GPS Mota, LB Zerlotti, LGR Dadamos, A Gaidukas, MIG da Silva, ABGF de Mattos, HL Neto, AF Pedrão, CEDS Marçal, CE Katayama, RGC Goiato, L Rissi

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: A Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) raramente cursa com hiperviscosidade sintomática, mesmo em casos de prolinfocitose, pois os linfócitos típicos da LLC são pequenos e deformáveis, o que reduz o risco de obstrução microvascular. No entanto, há possibilidade de quadros de hiperviscosidade, com manifestações neurológicas, respiratórias ou trombóticas, especialmente quando a contagem de leucócitos ultrapassa valores elevados (por exemplo, 500.000-1.000.000/mm³). A leucocitférese é uma estratégia de citorredução mecânica que pode ser utilizada em situações de emergência para redução rápida da massa leucocitária. Embora seu uso seja mais estabelecido em leucemias agudas, principalmente mieloides, há evidências de benefício em casos excepcionais de LLC com complicações graves atribuídas à hiperviscosidade. A leucocitférese pode proporcionar alívio sintomático rápido, reduzindo o risco de complicações, mas seu efeito é temporário e deve ser seguida por tratamento citotóxico definitivo para controle da doença de base. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 69 anos, sem comorbidades, com diagnóstico de LLC em 2017, tendo realizado seguimento prévio em serviço externo e com critérios de tratamento em 2020,

com realização de FCR (Fludarabina, Ciclofosfamida e Rituximabe) e descrita resposta parcial. Em 2023 realizou novo tratamento com Clorambucil, iniciando seguimento em nosso serviço e continuando esquema até julho de 2024. Devido à ausência de resposta, foi proposto novo esquema com Metilprednisolona. Antes da reavaliação da doença, paciente é admitida em emergência com quadro de tosse seca, dispneia e desvio de rima à esquerda. Ao exame, taquipneica em uso de suplementação de oxigênio, com presença de estertores crepitantes em ausculta pulmonar até terço médio bilateralmente e com desvio de rima à esquerda. Hemograma de admissão demonstrava anemia (Hb 5,1 g/dL, VCM 101, HCM 27), plaquetopenia (55 mil) e leucocitose (667090), às custas de linfócitos (521664); lâmina com presença de 40% de linfócitos de tamanho intermediário, núcleo com cromatina menos densa do que de linfócitos maduros, com 1 a 2 nucléolos proeminentes e citoplasma basofílico e escasso, compatíveis com morfologia de prolinfócitos, DHL 321 U/L, creatinina 0,71 mg/dL, peptídeo natriurético B 674 pg/mL, procalcitonina 0,11 ng/mL, radiografia de tórax com hipotransparência nas regiões pariliares e bases pulmonares. Evolui com piora do quadro, com necessidade de seguimento em leito de terapia intensiva e posterior intubação orotraqueal por insuficiência respiratória. Conduzida inicialmente por equipe da terapia intensiva como sepse de foco pulmonar, porém solicitada avaliação da equipe da Oftalmologia, com fundoscopia com sinais sugestivos de hiperviscosidade. Dessa maneira, foi proposta realização de leucocitaférese e FC em doses reduzidas devido à possibilidade de infecção e pelo estado clínico deteriorado. Paciente evolui com melhora do quadro pulmonar e neurológico, com extubação e alta do leito de terapia intensiva, sendo reavaliada pela equipe da Oftalmologia, com melhora de sinais de hiperviscosidade, finalizando antibioterapia em enfermaria e recebendo alta para seguimento ambulatorial. **Conclusão:** Em resumo, embora a síndrome de hiperviscosidade seja rara na LLC, a leucocitaférese é uma opção válida e respaldada pela literatura para manejo agudo de complicações graves relacionadas à prolinfocitose extrema, podendo ser empregada como ponte até o controle definitivo com terapia citotóxica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105603>

ID – 1265

RECUPERAÇÃO INTRAOPERATÓRIA EM CIRURGIAS NÃO CARDÍACAS

JE Di Giacomo

GSH, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Historicamente, os procedimentos de recuperação intraoperatória eram predominantemente realizados em cirurgias cardíacas. No entanto, com os avanços na medicina e nas técnicas cirúrgicas, essa prática se expandiu para outras especialidades. Atualmente, a recuperação intraoperatória é implementada em cirurgias ortopédicas, testemunha de jeová, transplantes de órgãos sólidos, obstétricas, entre outras. Este trabalho visa explorar a evolução da recuperação intraoperatória e sua aplicação em diversas cirurgias

não cardíacas, destacando os benefícios e as metodologias envolvidas. **Objetivos:** O objetivo foi demonstrar a expansão da utilização e os benefícios da recuperação intraoperatória em cirurgias não cardíacas, comparando com a prática tradicional em cirurgias cardíacas e destacando os avanços e a implementação em diferentes especialidades cirúrgicas. **Material e métodos:** A pesquisa foi realizada através do levantamento dos dados clínicos de diferentes hospitais atendidos pelo Grupo GSH na cidade de São Paulo no período de junho 2024 a junho de 2025 que utilizaram a recuperação intraoperatória e cirurgias não cardíacas. **Discussão e conclusão:** No total tivemos 36 cirurgias aonde houve a utilização da Recuperação Intraoperatória sendo elas: Cirurgias Ortopédicas: ocorreu em 08 cirurgia de artroplastia total de quadril, 01 artroplastia de fêmur e 02 artrodeses de coluna; Transplantes: ocorreram 07 cirurgias de transplante hepático; Cirurgias Obstétricas: ocorreram em 15 cirurgias, com diagnóstico de acretismo placentário 01 placenta prévia; Testemunha de Jeová ocorreu em 02 cirurgias ortopédicas. A expansão da recuperação intraoperatória para cirurgias não cardíacas representa um avanço significativo na prática cirúrgica. Ao levantamento realizado no ano anterior, tínhamos de junho/23 a junho/24 um total de 10 procedimentos realizados não cardíacos com uso da recuperação intraoperatória. Em um ano, esse número cresceu para 260% a mais. Os benefícios observados incluem redução do tempo de internação, diminuição de complicações pós-operatórias e melhoria dos resultados gerais dos pacientes. A implementação dessas técnicas em diversas especialidades cirúrgicas não só reflete a evolução tecnológica, mas também a adaptação das práticas médicas para proporcionar benefício ao paciente. O procedimento de recuperação intraoperatória em cirurgias não cardíacas, mostra-se promissor e pode ser uma aliada, corroborando a um baixo consumo de sangue homólogo, e contribuindo para uma recuperação mais rápida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105604>

ID – 2326

RELATO DE CASO: TROMBOCITOFERÊSE EM PACIENTE COM LMC E PLAQUETOSE EXTREMA SINTOMÁTICA

JO Matias^{a,b}, CB Morato^a, F Akil^c, KS Martins^a, CDm Guedes^b, JAD Rodrigues^b, CS Cunha^b, RS Ávila^b, ACF Bassani^b

^a Grupo GSH, Volta Redonda, RJ, Brasil

^b Hospital Unimed Volta Redonda, Volta Redonda, RJ, Brasil

^c Grupo GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A trombocitose extrema, definida por contagem plaquetária superior a 1.000.000/mm³, é uma manifestação que pode ocorrer em neoplasias mieloproliferativas, como a Leucemia Mieloide Crônica (LMC). Embora a maioria dos pacientes seja assintomática, casos com sintomas de hiperviscosidade — como alterações visuais, neurológicas e cefaleia — configuram urgência médica, devido ao risco elevado de eventos tromboembólicos e isquêmicos. Nessas situações,