

mesmo”. Após 12 dias de internação houve melhora significativa do quadro, com alta hospitalar e recomendação para que a paciente retome seu acompanhamento na Unidade de Saúde de referência. **Conclusão:** Já está bem estabelecido em literatura que o paciente adere ao tratamento de forma muito mais satisfatória quando compreende a fisiopatologia do quadro clínico que o acomete e o mecanismo de ação do tratamento proposto. Neste contexto, o entendimento da AF pela paciente objeto do presente relato e de seus familiares é crucial para a adesão ao tratamento e a diminuição do risco de desfechos fatais, precedidos por episódios agudos, como a síndrome torácica aguda, ou seja, reduzindo a morbimortalidade por AF. Desta forma, campanhas de educação em saúde que abordem o manejo da AF para a população, em linguagem acessível, podem contribuir para o correto acompanhamento ambulatorial, com adequado tratamento. Paralelamente, urge o mapeamento das fragilidades na longitudinalidade do cuidado pela Atenção Básica, que tem por atribuição a identificação de fatores de risco para AF, da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado, bem como o acompanhamento do paciente, objetivando melhor resultado terapêutico e prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.206>

DOENÇA FALCIFORME: REALMENTE UMA DOENÇA BENIGNA?

ASA Silva, MFH Costa, VECB Dantas, AQMS Aroucha, ACC Lopes, EMS Thorpe, MP Cesar, GSD Cortez, JO Vieira, MESE Sá

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil

Introdução: A doença falciforme é uma hemoglobinopatia hereditária, bastante frequente no Brasil, caracterizada por uma heterogeneidade no comportamento clínico, ainda não bem elucidado. Muito já se incorporou ao tratamento e cuidados da doença, mas ainda há alta mortalidade nestes pacientes, sendo possíveis fatores relacionados o surgimento de infecções e reações transfusionais. **Relato:** paciente portadora de doença falciforme (HbSC), sexo feminino, 36 anos, natural e procedente do nordeste do Brasil, cujo acompanhamento ambulatorial era regular e adequado, por serviço de hematologia. Foi diagnosticada aos 27 anos, durante consulta de pré-natal, fazendo uso de ácido fólico, mas sem histórico de hemotransfusões. Apresentou durante seu histórico de doença episódio único de infecção respiratória e vários episódios de crise vaso-oclusiva algica, o que limitava sua qualidade de vida, com indicação de uso de hidroxiureia. Entretanto, o fator de maior impedimento era esplenomegalia volumosa com áreas de infarto (18,2cm), além de dor abdominal, sensação de plenitude e perda de peso subsequente. Optado por realizar esplenectomia, com prévia vacinação para germes encapsulados. No pós-operatório imediato, apresentou choque hemorrágico por sangramento visualizado em parede lateral da artéria esplênica, sendo reoperada, com resolução do sangramento. Posteriormente, tomografia de

controle evidenciou trombose de veia porta, sendo iniciada anticoagulação plena. Devido ao sangramento e queda da hemoglobina, foi necessário transfusão com hemácias fenotipadas. Evoluiu com insuficiência respiratória após a transfusão, com diagnóstico de lesão pulmonar aguda relacionada à transfusão (TRALI), e necessidade de ventilação mecânica invasiva, uso de drogas vaso-ativas esquema de antibiótico ampliado. Na ocasião, ecocardiograma transtorácico foi normal e tomografias evidenciaram status pós esplenectomia, além de pequena quantidade de líquido livre e pequena coleção organizada medindo aproximadamente 23 mL, bem como focos de consolidação lobular no lobo superior, sugestivos de broncopneumonia. Broncoscopia tinha aspecto sugestivo de congestão pulmonar (mucosa hipervascularizada difusamente e uniformemente). Chegou a receber alta da UTI, porém evoluiu com quadro de febre e anemia, com necessidade de transfusões frequentes, sendo encontrada uma coleção peri-esplênica. Foi realizada drenagem da mesma, cuja cultura evidenciou positividade para *Pseudomonas aeruginosa*. Após antibioticoterapia guiada, seguiu com melhora clínica progressiva. **Discussão:** Ressalta-se o caso clínico de uma paciente com hemoglobinopatia SC, sem prévias complicações, porém com evolução clínica grave e de alta mortalidade: quadros infecciosos em doentes falciformes e reações transfusionais. Estas complicações devem sempre ser atentadas, uma vez que as infecções ainda permanecem como as principais causas de mortalidade, especialmente em países onde há má nutrição, atraso de diagnóstico da hemoglobinopatia, não acesso a esquema vacinal e o desconhecimento da doença por parte do corpo clínico. **Conclusão:** Faz-se necessária a conscientização da doença falciforme e de suas complicações, visando redução da morbimortalidade associada, com melhora da qualidade de vida, minimizando sequelas crônicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.207>

SÍNDROME DO LINFÓCITO PASSAGEIRO APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS

SLAP Filho^a, FLS Santos^b, MG Duarte^a, WGG Fischer^a, GG Heck^a, JF Lopes^a, AM Carvalho^a, WWF Costa^a, MJS Vasconcelos^a, IA Pessoa^a

^a Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto (FUNDHERP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução/Objetivos: A Síndrome do Linfócito Passageiro (SLP) é uma complicação rara do transplante hepático (TH) e requer alta suspeição para diagnóstico. Relatamos um caso para ilustrar o caminho até o diagnóstico e os confundidores que frequentemente estão presentes. **Material/Métodos:** Relato de caso após revisão de prontuário médico. **Resultado/**