

Metilprednisolona 1g EV por 72 horas, sem resposta. Foi realizada nova pulsoterapia com Dexametasona 1g EV por 72 horas e novamente sem resposta, inclusive houve deterioração clínica importante com choque hemorrágico. Por fim, optado administrar Imunoglobulina Humana 1g/Kg EV por 48 horas. O paciente não apresentou melhora e houve queda da plaquetometria. Foi iniciado Eltrombopague 50 mg, com incremento plaquetário, entretanto o paciente cursou com hepatite medicamentosa secundária ao Eltrombopague. Suspensa terapia e, após normalização de enzimas hepáticas, reintroduzida a medicação (25 mg/dia). Posteriormente, paciente apresentou melhora clínica e laboratorial e recebeu alta hospitalar com 50 mil plaquetas, prescrição de Eltrombopague 25 mg/dia e Prednisona 30 mg/dia e retorno breve ao Hematologista. **Discussão:** A apresentação clínica da PTI pode incluir desde o surgimento de púrpura, equimose e, em casos mais graves, hemorragias mucocutâneas, trato gastrointestinal ou do sistema nervoso central. O diagnóstico desta condição é de exclusão, sendo assim necessário afastar condições que geram trombocitopenia, como infecções, neoplasias hematológicas e uso de medicamentos. O tratamento de primeira linha é a corticoterapia, podendo ser necessário o uso de imunoglobulina, agonistas da trombopoetina, anticorpo monoclonal como Rituximabe, outros imunossupressores e até mesmo esplenectomia. O Eltrombopague, utilizado no paciente acima, é um agonista do receptor de trombopoetina e interage com o domínio transmembrana do TPO-R e inicia cascatas de sinalização similares às da trombopoietina endógena, induzindo a proliferação e a diferenciação de megacariócitos provenientes das células progenitoras da medula óssea. **Conclusão:** A PTI pode ser considerada como leve à grave a depender das manifestações clínicas do paciente. O tratamento de primeira linha envolve o uso de corticosteroides, entretanto, em caso de resistência à esses, lança-se a mão de outras linhas de tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.928>

AValiação dos Índices Hematimétricos: Hemoglobina, Reticulócitos e Fração dos Reticulócitos Imaturos em Crianças com e sem Trombocitopenia Imune Primária

NC Hoppe^{a,b}, LB Pasqualoto^{a,b},
FG Nascimento^{a,c}, KN Pereira^a, ISO Tioda^{a,b},
CF Dutra^{a,b}, LE Oliveira^{a,c}, LB Casal^{a,c},
C Paniz^a, JAM Carvalho^a

^a Laboratórios de Pesquisas em Análises Clínicas Aplicadas (LAPACA), Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, Santa Maria, RS, Brasil

^b Curso de Farmácia, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

^c Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução e objetivo: Trombocitopenia Imune Primária (PTI) é um distúrbio autoimune caracterizado por uma baixa

contagem de plaquetas e aumento do risco de hemorragia mucocutânea. O objetivo foi avaliar os índices hematimétricos presentes no eritrograma, Hemoglobina (Hb), Reticulócitos (RET), e Fração dos Reticulócitos Imaturos (IRF) em crianças com e sem PTI. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, onde foram incluídos pacientes com idade entre 0 a 17 anos com diagnóstico de PTI atendidos em um Hospital Universitário no interior do Rio Grande do Sul. O grupo controle será composto por crianças saudáveis de 0 a 18 anos atendidos no mesmo hospital, onde foram excluídos pacientes com leucemias, neoplasias, doenças infecciosas e inflamatórias. As amostras foram coletadas através da técnica padrão de punção venosa, utilizando tubos contendo EDTA para a obtenção de sangue total. Os parâmetros hematológicos foram analisados por citometria de fluxo no equipamento XE-5000 (Sysmex). O IRF foi obtido como uma proporção da contagem de RET na área com forte intensidade de luz fluorescente no escartograma. O IPF foi determinado como um percentual da contagem de plaquetas na área com forte intensidade de luz fluorescente no diagrama de dispersão. **Resultados:** Os pacientes foram estratificados em dois grupos PTI e Controle. O grupo, PTI é composto por 37 crianças, sendo 14 (37,8%) do sexo feminino e 23 (62,2%) do sexo masculino, a mediana da idade neste grupo é de 6 (3–10) anos. Já o grupo controle composto por 142 crianças, sendo 72 (50,7%) do sexo feminino e 70 (49,3%) do sexo masculino, com a mediana de idade de 7 (3–12) anos, com $p < 0,424$. IRF no grupo PTI 19,5% (7,8–23,0) e no grupo controle 5,3% (3,6–6,5), com $p < 0,001$. Ret no grupo PTI 2,15% (1,42–3,67) e no grupo controle 1,22% (0,96–1,45), com $p = 0,006$. IPF no grupo PTI 16,7% (10,2–30,4) e no grupo controle de 2,0% (1,2–3,4) com $p < 0,001$. A hemoglobina no grupo PTI foi de 12,2 g/dL (10,1L–12,8) e o grupo controle 12,8 g/dL (11,9–13,4g) com $p = 0,019$. As plaquetas no grupo PTI foi de $18,0 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5,0–42,5) e no grupo controle $297,0 \times 10^3/\text{mm}^3$ (244,0–354) com $p < 0,001$. Os leucócitos no grupo PTI foi de $7,97 \times 10^3/\text{mm}^3$ (5,21–10,79) com $p < 0,001$. **Discussão:** Neste estudo observamos um aumento nos valores dos índices IRF, IPF e Ret nos pacientes com PTI em relação aos controles. Além disso, foram observados valores menores para o grupo PTI em relação aos controle para a contagem de plaquetas e de Hb. Em relação à contagem de leucócitos não foi observada diferença significativa entre os grupos. IRF é elevado no aumento da eritropoiese (adquirida anemias hemolíticas, perda de sangue) e em situações tais como infecções agudas ou síndromes mielodisplásicas. O Índice de IRF, indica a velocidade de produção da série eritróide pela medula. Plaquetas reticuladas são plaquetas recém liberadas para circulação e que contém grande conteúdo de RNA. O IPF representa a taxa de produção das plaquetas, é o análogo dos reticulócitos imaturos para a eritropoiese. **Conclusão:** Nesse Estudo verificamos que o marcador IRF esteve aumentado nos pacientes com PTI em relação aos pacientes controle, o que poderia indicar uma maior atividade eritróide. Além disso, foi observada um aumento do valor de IPF nos pacientes PTI, indicando a presença de plaquetas imaturas na circulação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.929>