

Referências:

Macedo J, Costa E, Barbot JN. Cláudia.Policitemia vera: a propósito de um caso clínico. *Nascer e Crescer* [online]. 2015;24(2):83-87.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104246>

ID – 3412

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA A CONFEÇÃO DE ESFREGAÇOS SANGÜÍNEOS DE ALTA QUALIDADE: REVISÃO DE LITERATURA

JP De Farias Martins

Laboratório Santa Casa de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil

Introdução: O esfregaço sanguíneo é essencial para a análise morfológica de elementos celulares, complementando dados de analisadores automatizados (KAPIL; SAREEN; GUPTA, 2020). Sua correta execução evita artefatos que simulam alterações patológicas (VU et al., 2021). Entre os fatores que afetam a qualidade estão escolha e limpeza das lâminas, volume e posição da gota, ângulo e velocidade de deslizamento do extensor, e tempo entre coleta e preparo. O EDTA, embora amplamente usado, pode induzir alterações artificiais, reforçando a necessidade de preparo rápido, idealmente em até 4h (KAWATA et al., 2025). **Objetivos:** Revisar literatura recente (2015-2025) sobre técnica e cuidados na confecção de esfregaços, abordando fatores que impactam a qualidade e prevenção de artefatos. **Material e métodos:** Revisão narrativa em plataformas como PubMed, SciELO e Google Scholar, usando palavras chaves como: lâminas hematológicas, alteração morfológica, EDTA, blood smear technique, wedge angle, incluindo artigos em português ou inglês sobre técnica, padronização e estabilidade morfológica. **Discussão e conclusão:** Esfregaços com EDTA são viáveis se preparados em até 4h para análise morfológica; após 12 h, apenas parâmetros quantitativos permanecem confiáveis (KAWATA et al., 2025). Protocolos recomendam ~5 µL de sangue, aplicados a 1 cm da extremidade, com ângulo de 30°-45° e movimento contínuo, rápido e uniforme, obtendo distribuição homogênea e borda fina (VU et al., 2021). Isso evita áreas espessas e sobreposição celular. A análise microscópica de esfregaços de qualidade permite detectar alterações sutis e parasitas hemáticos (KAPIL; SAREEN; GUPTA, 2020). Lâminas devem estar íntegras e limpas com álcool 70 % após cada uso. A padronização técnica e o treinamento reduzem variabilidade e garantem resultados uniformes. **Conclusão:** A confecção de esfregaços exige técnica apurada e controle de variáveis pré-analíticas. O preparo imediato, ou em até 4h após coleta com EDTA, associado a métodos padronizados, preserva a morfologia. A implementação de POPs baseados em evidências recentes garante confiabilidade dos resultados obtidos. (KAWATA et al., 2025; VU et al., 2021; KAPIL; SAREEN; GUPTA, 2020).

Referências:

Kapil M, Sareen R, Gupta GN. Peripheral blood smear: pathologist's tool. *Hematology & Transfusion International Journal*. 2020;8(1):10-11. DOI: 10.15406/htj.2020.08.00200.

Kawata A, et al. Time-Dependent EDTA effect on leukocyte differential count and morphology compared to blood smear made by direct finger prick. *International Journal of Laboratory Hematology*. 2025;47(1):105-13. DOI: 10.1111/ijlh.14257.

Vu QH, et al. Development of a robust blood smear preparation procedure for external quality assessment. *Practical Laboratory Medicine*. 2021;27:e00253. DOI: 10.1016/j.plabm.2021.e00253.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104247>

ID – 2769

PSEUDO-HIPERCALEMIA EM PACIENTE COM MIELOFIBROSE SECUNDÁRIA A POLICITEMIA VERA: RELATO DE CASO

EAP Nobre ^a, CA Sepanski ^a, F Geronimo ^a, TP Do Nascimento ^a, NC Telles ^a, LL Dos Santos ^a, MEdS Ferreira ^a, ESA Lisboa ^a, DC Kalva ^b

^a Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, Ponta Grossa, PR, Brasil

^b Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil

Introdução: A hipercalemia consiste em um aumento do potássio (K⁺) plasmático/sérico e é diagnosticada quando o resultado do paciente excede o limite superior da faixa de referência normal (3,5 a 5,1 mmol/L). É uma condição considerada grave quando os níveis de K⁺ se encontram acima de 6,0 mmol/L e está associada ao risco de arritmia cardíaca potencialmente fatal, o que requer uma intervenção clínica de emergência. Por isso, é de extrema importância considerar a possibilidade de que o resultado do K⁺ esteja falsamente elevado, resultando em casos de pseudo-hipercalemia. Essa elevação de K⁺ sérico não representa os níveis de K⁺ *in vivo* e, com isso, não apresenta os riscos ou sintomas da hipercalemia verdadeira. Algumas condições hematológicas predis põem à esta situação, como em casos de pacientes que apresentam trombocitose, leucocitose ou condições hematológicas malignas, como a policitemia vera. **Objetivo:** Apresentar um relato de caso de uma paciente com policitemia vera que apresentou pseudo- hipercalemia. **Relato de caso:** Paciente feminino, 69 anos, com diagnóstico de mielofibrose secundária a policitemia vera. Faz acompanhamento laboratorial com o serviço de Hematologia e nas últimas consultas apresentou dosagens seriadas de K⁺ com resultados alterados (5,4 > 5,7 > 6,0 mmol/L). Nos demais exames laboratoriais apresentou Hb 11,3 g/dL, leucócitos 25.680/mm³, contagem de plaquetas de 2.083.000/mm³, creatinina 0,64 mg/dL e sódio 137 mmol/L. Apresentou JAK2+ e medula óssea evidenciando

panmielose associada a displasia da linhagem mielóide e megacariocítica. Ao exame clínico e eletrocardiograma apresentou ritmo cardíaco sinusal. Realizado ecocardiograma que demonstrou função cardíaca normal, evidenciando apenas um refluxo mitral leve. Após a exclusão de causas cardíacas e renais para a hipercalemia, foi realizada uma nova coleta de plasma em anticoagulante heparina e sangue total e as amostras foram imediatamente processadas. Diante disso, foi obtido um novo resultado de K⁺ de 4,3 mmol/L, condizente com um quadro de pseudo-hipercalemia devido à mieloproliferação. **Discussão:** Durante ou após a coleta de amostras de sangue pode ocorrer *in vitro* uma discreta elevação dos níveis séricos de K⁺, aproximadamente 0,4 mmol/L, em comparação com os níveis plasmáticos. Este fato é atribuído ao processo de degranulação plaquetária durante a coagulação sanguínea. Entretanto, diversos estudos têm demonstrado elevações falsas e mais proeminentes em amostras de pacientes hematológicos. Um aumento acentuado na contagem de plaquetas ($>500.000/\text{mm}^3$) ou na contagem de leucócitos ($>50.000/\text{mm}^3$) podem causar pseudo-hipercalemia. A elevada celularidade e fragilidade celular associadas ao estresse mecânico durante a coleta contribuem para essa condição. A ocorrência simultânea de trombocitose e hipercalemia assintomática deve sempre levantar a suspeita de pseudo-hipercalemia. Nestas situações, deve-se realizar medições imediatas de K⁺ concomitantemente em amostras de plasma, soro e sangue total (utilizando um analisador de gases sanguíneos), a fim de garantir a obtenção de um resultado fidedigno do estado clínico atual do paciente. **Conclusão:** Diante deste caso, é de fundamental importância para a segurança de pacientes hematológicos que casos de pseudo-hipercalemia sejam identificados e não tratados. Para isso, é necessária a colaboração entre a equipe médica e laboratorial promovendo uma investigação adicional dos resultados de K⁺ obtidos em pacientes com essas condições.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104248>

ID - 1639

RELATO DE CASO: SÍNDROME DE EVANS EM PACIENTE PEDIÁTRICO

B Jeronimo Pimentel,
F Rodrigues Romequis Correa,
J de Campos Inacio Gazola,
P de Mello Novita Teixeira, SI Pozzer

Associação da Santa Casa de Misericórdia de
Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil

Introdução: A Síndrome de Evans (SE) é uma condição autoimune rara, caracterizada pela ocorrência sequencial ou simultânea de duas ou mais citopenias imunomediadas, sendo mais comuns a anemia hemolítica autoimune (AHAI) e a púrpura trombocitopênica imune (PTI). Devido à complexidade e gravidade dessa condição, sobretudo em pacientes pediátricos, o diagnóstico precoce e o manejo clínico eficaz são fundamentais. Este relato tem como objetivo destacar o quadro clínico, a evolução hematológica, a importância da

vigilância laboratorial e da abordagem terapêutica dessa condição autoimune multissistêmica. Foi elaborado através da análise retrospectiva do prontuário eletrônico e dos dados laboratoriais do paciente. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 12 anos, foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) com quadro compatível com Síndrome de Evans. Inicialmente, apresentou plaquetopenia severa ($3.000/\mu\text{L}$), com rápida oscilação para $6.000/\mu\text{L}$ em poucas horas, evoluindo para $138.000/\mu\text{L}$ no terceiro dia e $236.000/\mu\text{L}$ na mesma noite. A presença de macroplaquetas indicou regeneração medular intensa após destruição periférica imunomediada. O padrão laboratorial oscilante e a presença de autoanticorpos foram compatíveis com a natureza multifásica da SE. A hipótese diagnóstica de trombocitopenia imune associada à AHAI foi sustentada pelos achados hematológicos e pela exclusão de causas infecciosas ou medicamentosas. A função medular preservada foi evidenciada pela rápida recuperação plaquetária. O tratamento incluiu corticosteroides como imunossupressores, com boa resposta na contagem plaquetária. Devido à instabilidade clínica, o paciente permaneceu em terapia intensiva para monitoramento contínuo. **Conclusão:** O caso descrito evidencia uma apresentação aguda e potencialmente grave da Síndrome de Evans em paciente pediátrico, ressaltando a importância da vigilância laboratorial intensiva, do diagnóstico precoce e da atuação interprofissional no manejo eficaz dessa condição autoimune de natureza multissistêmica.

Referências:

1. Blanco BP, Garanito MP. Pediatric Evans Syndrome: A 20 year experience from a tertiary center in Brazil. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2023;45(2):196-203.
2. Grimes AB, et al. Refractory autoimmune cytopenias in pediatric Evans syndrome with underlying systemic immune dysregulation. *Eur J Haematol.* 2021;106(6):783-7.
3. Rivalta B, et al. Evans syndrome in childhood: long term follow up and the evolution in primary immunodeficiency or rheumatological disease. *Front Pediatr.* 2019;7:304.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104249>

ID – 652

RESOLUÇÃO E CORREÇÃO LABORATORIAL DE UMA PSEUDOTROMBOCITOSE GRAVE EM UM INDIVÍDUO COM ANEMIA CONGÊNITA E ANISOPOIQUILOCITOSE ACENTUADA: UM RELATO DE CASO

RJ Remualdo ^a, AL Emrich ^b, AP Delamuta ^a

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), Florianópolis, SC, Brasil

^b Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: Anisopoiquilocitose é uma alteração hematológica caracterizada por acentuada variação no tamanho