

como descrito em quadros de acidente vascular cerebral, tromboembolismo venoso, sepse e doenças reumáticas. No entanto, como a liberação extracelular deste marcador depende tanto de sua expressão, quanto de mecanismos de liberação mediada por proteases, de modo que nossos achados podem refletir uma redução destes mecanismos. Outra hipótese é que a redução reflita o predomínio do efeito da participação do suPAR em outros processos biológicos não relacionados exclusivamente à hemostasia no âmbito da DF. Pacientes com DF em estado estacionário apresentam redução significativa dos níveis circulantes de suPAR, sem alteração nos níveis de PAI-1. A avaliação de outros parâmetros da fibrinólise e inflamação estão em andamento para uma melhor compreensão destes achados, que reforçam a complexa interação entre inflamação, coagulação e fibrinólise na DF.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104266>

ID - 3373

BICITOPENIA ASSOCIADA A INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA SECUNDÁRIA À DENGUE: RELATO DE CASO

MD Magalhaes^a, AD Maciel^a, BCDO Pires^a, DL Vilela^a, AL Ribeiro Júnior^a, VA Silva^b

^a Hospital Nossa Senhora de Fátima, Patos de Minas, MG, Brasil

^b Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A dengue é uma arbovirose endêmica com apresentações clínicas variando de formas leves a graves, podendo cursar com alterações hematológicas, hepáticas e renais. A insuficiência hepática aguda (IHA) é complicação rara e potencialmente fatal, frequentemente associada a disfunção multissistêmica. Alterações hematológicas como leucocitose, leucopenia, plaquetopenia e bicitopenia são descritas, podendo estar relacionadas a resposta inflamatória intensa, hemofagocitose ou disfunção medular transitória. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 29 anos, previamente hígido, admitido com febre, icterícia intensa e astenia. Evoluiu com IHA: TGO 4.292 U/L, TGP 5.010 U/L, bilirrubina total 53,6 mg/dL, direta 46,2 mg/dL, RNI 5,3. Apresentou ascite e injúria renal aguda (IHA): creatinina 0,6 mg/dL para 3,57 mg/dL. Sorologia confirmou dengue (IgM reagente); sorologias para hepatites A, B, C, HIV, leptospirose, febre amarela e febre maculosa foram negativas. Hemograma inicial: leucocitose (22.760/mm³), Hb 13,2 g/dL e plaquetas 178.000/mm³. Evoluiu para bicitopenia: anemia grave (Hb 7,9 g/dL) e plaquetopenia (44.000/mm³), leucocitose (55.490/mm³), com desvio até mielócitos e presença eritroblastos. Ferritina elevada (10.400 ng/mL) e LDH aumentada (3.433 U/L). Coagulopatia importante (RNI até 5,3; TTPa >120 s). Hiponatremia (123 mEq/L) e acidose metabólica leve (HCO₃ 18,3 mmol/L). Miograma com imunofenotipagem não evidenciou população clonal linfóide ou mieloide, sugerindo alteração medular reacional, compatível com injúria sistêmica grave. Colangio-

RM: ascite, sem obstrução biliar. Ecocardiograma: fração de ejeção 15%, configurando insuficiência cardíaca (IC) grave. No CTI, evoluiu com anúria, uso de drogas vasoativas e necessidade de hemodiálise seriada. O conjunto clínico-laboratorial foi compatível com IHA, IRA e IC secundárias à dengue grave, complicadas por bicitopenia. O paciente foi avaliado pela equipe de transplante hepático, entretanto, devido à fração de ejeção severamente reduzida (15%), apresentou contra-indicação ao procedimento, evoluindo posteriormente a óbito por falência multissistêmica. **Conclusão:** A insuficiência hepática aguda na dengue é rara e pode ocorrer por lesão hepatocelular direta pelo vírus, resposta imune exacerbada ou hipóxia tecidual. A bicitopenia neste contexto pode resultar de supressão medular, destruição periférica ou hemofagocitose, sendo importante excluir causas hematológicas primárias. A disfunção renal pode decorrer de necrose tubular aguda, síndrome hepatorenal ou nefropatia por hiperbilirrubinemia. A evolução simultânea de IHA, IRA e insuficiência cardíaca sugere resposta inflamatória sistêmica grave. Este caso ressalta a necessidade de vigilância para manifestações graves e incomuns da dengue, incluindo IHA e bicitopenia, que demandam manejo intensivo multidisciplinar. A confirmação diagnóstica com sorologia e exclusão de etiologias alternativas é fundamental para direcionar a conduta.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104267>

ID – 1194

BIOMARCADORES INFLAMATÓRIOS, DERIVADOS DO HEMOGRAMA, EM MULHERES COM SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

MM Sampaio^a, LAP Lopes^b, LBM de Andrade^c, AdS Ferreira^d, FF Soares Filho^e, LMA Pereira^e, SCM Monteiro^f

^a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas), Poços de Caldas, MG, Brasil

^b Universidade Ceuma (CEUMA), São Luís, MA, Brasil

^c Afya Centro Universitário Uninovafapi (UNINOVAFAPI), Teresina, PI, Brasil

^d Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr), Parnaíba, PI, Brasil

^e Laboratório Gaspar (GASPAR), São Luís, MA, Brasil

^f Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

Introdução: A síndrome do ovário policístico (SOP) é um dos distúrbios metabólicos endócrinos mais comuns que afetam mulheres em idade fértil. Alguns estudos demonstraram que um aumento nos níveis de marcadores inflamatórios no hemograma completo em pacientes com SOP pode ser um indicador de inflamação subclínica. A relação neutrófilo-linfócito (RNL) tem sido sugerida como um biomarcador potencial para avaliar a resposta inflamatória sistêmica nas mulheres com SOP. **Objetivos:** Analisar os biomarcadores inflamatórios sistêmicos relação neutrófilo-linfócito (NLR) e a

relação plaqueta-linfócito (PLR) em pacientes com SOP e compará-los com mulheres saudáveis. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo observacional do tipo caso-controle com 97 mulheres adultas. Uma história clínica e ginecológica detalhada foi obtida de todas as participantes. O diagnóstico de SOP foi feito de acordo com os critérios de Rotterdam. Em condições assépticas, amostras de sangue venoso foram coletadas para a realização do hemograma completo (HC) e o cálculo da NLR e PLR. Os dados foram apresentados em formato numérico com as variáveis testadas quanto à normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk e analisadas pelo teste t de Student para amostras independentes utilizando o programa estatístico SPSS. **Resultados:** A amostra foi constituída por 97 mulheres, sendo 60 com SOP (caso) e 37 sem SOP (controle), a média de idade foi de $25,50 \pm 5,16$ anos no grupo de caso e $28,83 \pm 10,32$ anos nos grupos controle. A contagem de eritrócitos (milhões/mm³) foi maior no grupo com SOP ($4,65 \pm 0,38$ versus $4,46 \pm 0,41$), com diferença significativa ($p = 0,03$). Os níveis de hemoglobina (g/dL) também apresentaram maior média no grupo de SOP ($12,99 \pm 1,27$ versus $12,78 \pm 0,95$), porém, sem significância estatística ($p = 0,35$). O hematócrito demonstrou maior valor no grupo com SOP ($39,48 \pm 3,54$ versus $37,44 \pm 5,21$) com significância estatística ($p = 0,04$). Porém, as médias da RNL ($0,70 \pm 0,26$ versus $0,69 \pm 0,25$) e RPL ($136,32 \pm 50,63$ versus $132,67 \pm 38,30$) não apresentaram diferença estatística entre os grupos. **Discussão e conclusão:** No presente estudo não houve associação significativa entre os biomarcadores inflamatórios derivados do hemograma, NLR e PLR, nos casos de SOP em comparação com mulheres da mesma idade no grupo controle. Porém, verificou-se que a contagem de eritrócitos e o hematócrito foram variáveis que se elevaram em mulheres com SOP. Deste modo, sabendo que o excesso de insulina e de testosterona (ambos característicos na SOP) podem exercer vários efeitos na eritropoiese por mecanismos diferentes, mais estudos devem ser realizados para verificar a fisiopatologia da série vermelha na SOP.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104268>

ID – 2331

CANDIDEMIA EM PACIENTES HEMATOLÓGICOS: DESAFIOS ATUAIS RELACIONADOS A ESPÉCIES, EMERGÊNCIA DE RESISTÊNCIA ANTIFÚNGICA E COMPLICAÇÕES NO CENÁRIO DE ESCAPE

BB Wigderowitz^a, NCZ Da Silva^b,
RdM Perlingeiro^c, J Kaufman^d, M Morgado^a,
A Maiolino^a, M Garnica^a

^a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, RJ, Brasil

^c INI/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^d Complexo Hospitalar de Niterói- Américas Oncologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: Candidemia em pacientes hematológicos sofreu intensa redução na sua frequência após a introdução da profilaxia antifúngica em pacientes de alto risco. No entanto, a mortalidade desta infecção persiste alta, e recentemente novos desafios como a emergência de diferentes espécies e a resistência antifúngica surgiram. **Objetivos:** Neste estudo reportamos as mudanças em relação às espécies, perfil de susceptibilidade, frequência de complicações, e o impacto em prognóstico das candidemias em pacientes hematológicos. **Material e Métodos:** Coorte de pacientes hematológicos entre 2018 e 2025 em hospital de referência com programa de transplante de células hematopoéticas (TCH). No período foram realizados 897 TCHs, sendo 300 alogênicos. O manejo do evento foi avaliado pela adesão ao escore EQUAL Candida. A incidência foi calculada por 1000 pacientes.dia (pt.dia), e para casos em TCH, calculou-se a incidência por TCH. Calculamos sobrevida global, mortalidade em 30 dias. Foi considerada candidemia de escape, aquele ocorrido em vigência de antifúngico. **Resultados:** No decorrer do estudo, ocorreram 44 eventos de candidemia, com uma incidência global de 0,80 eventos/1000 pt.dia. Houve aumento na incidência a partir de 2021 ($0,92 \times 0,62$ eventos/1000 pt.dia após e antes de 2021, respectivamente), com predomínio *C. parapsilosis* em todos os anos. A incidência de *C. krusei*/glabrata aumentou de 0,09 para 0,15 no segundo período. Considerando casos em TCH, 10 casos foram pós autólogo e 18 pós alogênico (incidências de 1,7% e 6%). Em relação as características dos eventos, a idade mediana dos pacientes foi 40 anos (variando de 2 a 82, sendo 7 eventos em crianças), e doenças mais frequentes: LMA (25%), LLA (18%), e LNH (16%). 27 (63%) foram candidemias de escape: destes 44% em fluconazol e 15% em equinocandina. Das candidemias de escape, 48% foram por *C. parapsilosis* e 22% por *C. tropicalis*. Dos eventos sem profilaxia, *C. albicans* e *tropicalis* representaram 50% dos casos. Em 10% do total de casos, o óbito ocorreu antes do resultado da hemocultura (sobrevida ao diagnóstico 90%), sendo o tratamento antifúngico instituído em 91% dos casos, predominantemente com equinocandina. Dos pacientes tratados, ecocardiograma foi realizado em 86%, detectando endocardite em 7% (3 casos), pelas seguintes espécies *C. albicans*, *C. krusei* e *C. tropicalis*. Antifúngograma foi realizado em apenas 55%, e identificou resistência a voriconazol em dois isolados de *C. tropicalis* (2 de 3 testados – 67%) e um de *C. parapsilosis*, além de uma *C. glabrata* resistente a caspofungina. Fundoscopia foi realizada em 59% dos casos, sem identificação de implantes. Sobrevida global em 30 dias foi 56% dos tratados; sendo *C. albicans* ($38 \times 69\%$) e *C. parapsilosis* (90% vs. 46%; $p=0,013$) as espécies associadas com pior e melhor SG, respectivamente. **Discussão e conclusão:** Houve um aumento na incidência de candidemia, e eventos de escape ocorrem em todas as modalidades de profilaxia. *C. krusei* e glabrata estão mais frequentes e a sobrevida global pós candidemia foi impactada, especialmente nos casos por *C. albicans*. A presença de endocardite em 7% dos pacientes e a detecção de cepas resistentes, principalmente entre *C. tropicalis* reforçam a necessidade de adesão integral às boas práticas, e a vigilância constante em cenários de alto consumo de antifúngicos em pacientes de alto risco.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104269>