

atuar como gatilhos. A pancitopenia de instalação rápida, o aspirado/IMF inviável e a ausência de evidência neoplásica em imagem favorecem etiologia não clonal. Houve recuperação hematológica após IVIG, após falha da pulsoterapia. O manejo combinou suporte transfusional, imunomodulação e anticoagulação com varfarina, com evolução ambulatorial favorável. Conclui-se que, em pacientes com SAF evoluindo com pancitopenia associados a trombose em sítios incomuns, deve-se suspeitar de NMO. A associação de aPL em alto título, evento trombótico e biópsia isquêmica orienta diagnóstico e tratamento. Intervenção precoce com suporte, anticoagulação e imunomodulação pode reverter a falência medular e prevenir recorrências.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105018>

ID – 1404

OCORRÊNCIA DE OSTEONECROSE SECUNDÁRIA A SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICA, MESMO EM VIGÊNCIA DE TRATAMENTO

JM Cavalcante, MSeS Arcadipane, FR Bruniera,
NKH Ferreira, GG Carvalho, IC Kobayashi,
LHM Alfani, FCd Santos, RdSS Martins,
LV Quilici

*Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP,
Brasil*

Introdução: A Síndrome Anti-Fosfolípida (SAF) é uma doença autoimune multissistêmica adquirida caracterizada por eventos tromboembólicos arteriais e venosos, morbidade obstétrica, complicações frequentes e a presença persistente de anticorpos antifosfolípidos (aPL). A forma primária representa 50% dos casos e é encontrada em cerca de 9% dos pacientes com perdas gestacionais, 14% dos casos de acidente vascular cerebral, 11% com Infarto do Miocárdio (IM) e 10% com Trombose Venosa Profunda (TVP), já a forma secundária apresenta doença autoimune sistêmica concomitante, sendo o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) a principal associação. Os aPL são direcionados contra proteínas específicas de ligação a fosfolípidos da membrana celular, com destaque à Beta2 Glicoproteína I (B2G), sendo o alvo antigênico mais bem definido da patogênese da doença. Isso favorece a inibição dos sistemas anticoagulantes naturais, propriedades procoagulantes e antifibrinolíticas diretas. O diagnóstico se faz através de manifestação clínica e exames de imagem associados a presença persistente de aPL (anticardiolipina, anti-B2G e Anticoagulante lúpico). Dentre as complicações, além de sequelas de sítios vasculares como cérebro e pulmão, uma complicação rara, encontrada em 4%–15% dos pacientes com SAF, é a Osteonecrose (ON), colápo ósseo devido a interrupção de suprimento sanguíneo secundária a trombose. Neste relato de caso, presente no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), no município de Jundiaí, SP, apresentaremos a SAF associada a ON, uma rara complicação da doença. **Objetivo:** Relatar um caso de SAF primária complicada com ON em vigência de tratamento adequado. **Método:** Estudo observacional, retrospectivo, baseado em relato de caso. **Descrição do**

caso: K.H, 36 anos, previamente hígida, com relato de cefaleia intensa em região temporal direita, fotofobia, náuseas e vômitos com início há duas semanas da data de admissão, evoluindo com hemiparesia súbita à direita, afasia e desvio de rima labial. Em serviço médico, paciente foi investigada e diagnosticada com trombose venosa central através de angioressonância magnética. Iniciado tratamento com anticoagulação plena e reversão completa do quadro neurológico inicial. Em acompanhamento ambulatorial com equipe de hematologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), evidenciou-se a presença de anticoagulante lúpico em duas amostras, associado as manifestações clínicas, confirmando diagnóstico de SAF, mantendo-se em anticoagulação com varfarina, dentro do alvo adequado de INR. Após quatro anos do evento inicial, paciente iniciou quadro de dor intensa em joelho esquerdo, com rigidez e limitação física significativa, sendo realizado ressonância magnética articular o qual demonstrou infarto ósseo extenso acometendo extremidade distal do fêmur, patela e tibia proximal. Diante deste cenário, foram descartados outras causas hematológicas, causas reumatológicas e fatores de risco para a patologia, associando o caso de ON como manifestação da SAF. **Conclusão:** Este caso enfatiza uma apresentação incomum da SAF primária, pois apesar da trombose ser uma manifestação bem reconhecida da SAF, o desenvolvimento de ON extensa de joelho, mesmo com anticoagulação adequada, representa uma complicação rara, desafiadora e muitas vezes subdiagnosticada. Este caso reforça a importância de considerar a ON no diagnóstico diferencial de dor óssea e articular em pacientes com SAF e a necessidade de vigilância clínica contínua para tal complicação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105019>

ID – 1875

PADRONIZAÇÃO DE MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO PLAQUETÁRIA POR ATIVAÇÃO DOS RECEPTORES PAR-1 E SEROTONINÉRGICO (5HT)

ARSdP Gonçalves, PC Sathler

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

Introdução: No contexto das análises clínicas são preconizados ensaios que objetivam a avaliação da função plaquetária por meio da ativação de receptores específicos, de forma a auxiliar no diagnóstico preciso de distúrbios hemostáticos, monitoramento terapêutico e consequentemente contribuindo na elucidação de um manejo clínico adequado. Desta forma, apesar de funcionais, os testes atuais que utilizam trombina como indutor, visando avaliação de processos hemorrágicos e monitoramento de fármacos como o vorapaxar, acabam sendo influenciados por outros receptores devido a ação não específica deste agonista. Por outro âmbito, o receptor de serotonina plaquetário 5-HT_{2A}, recebeu destaque após a American Heart Association (AHA, 2021) realizar uma publicação sobre o potencial uso de um novo fármaco, o Sarpogrelato, como antiplaquetário. Deste modo, é necessário o desenvolvimento de protocolos capazes de avaliar a função