

ao exame físico, hepatomegalia, esplenomegalia e sangramento cutâneo foram raramente reportados (17%); palidez foi o achado mais frequente, sendo descrito em 38%. Neutropenia foi a citopenia mais frequente em hemograma (61,4%), com mediana de 1188 mm^3 (0–13.365 mm^3), seguido de plaquetopenia em 43,2%. Da avaliação morfológica em aspirado de medula óssea, dispoiese leve do setor eritróide, granulocítico ou megacariocítico foi observada em 80% dos pacientes analisados; disgranulopoiese moderada foi descrita em 29%, incluindo alterações como alteração de segmentação, disgranulação e megaloblastose. A biópsia de medula óssea foi hipocelular para idade em 61,4%, e distúrbio arquitetural eritróide foi descrito em 80,5% das amostras como ninhos eritróides grandes e confluentes; dismegacariopoiese com atípicas nucleares ou megacariócitos peritrabeculares também foi achado frequente, relatado em 88% das amostras, maioria classificada como leve. Dos diagnósticos finais dos pacientes investigados, medula óssea reacional foi o mais frequente (52 pacientes), seguido de citopenia imune mediada (44) e falência medular congênita (23); outros diagnósticos menos frequentes foram de aplasia de medula óssea, anemia carencial, mielite tóxica, secundária a medicamentos, infecção e hiperesplenismo. **Discussão e conclusão:** Os achados de citopenia e dispoiese medular, embora critérios diagnósticos de SMD, podem ser encontrados em uma variedade de patologias, de origem hematológica e não hematológica, o que torna essa condição um desafio diagnóstico. A realização de um fluxograma diagnóstico e envolvimento multiprofissional são essenciais na avaliação e conduta adequada desses pacientes. A correlação dos achados laboratoriais com os diagnósticos finais será necessária para identificar particularidades que facilitem diagnóstico dessas patologias distintas, porém com características laboratoriais semelhantes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105060>

ID – 3169

DIFERENÇAS REGIONAIS NOS FATORES ASSOCIADOS A ANEMIA EM CRIANÇAS DE 12 A 37 MESES: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O SUDESTE E O NORDESTE BRASILEIRO

APR Levandowski^a, IO Tanios^a, JEG Barros^a, RFL Batista^a, H Bettiol^b, VMF Simões^a

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

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

Introdução: A Anemia por Deficiência de Ferro (ADF) é a carência nutricional mais comum no mundo, devendo ser considerada uma doença e não apenas um sinal clínico, devido ao seu impacto negativo no desenvolvimento infantil e na qualidade de vida. No Brasil, a ADF apresenta elevada prevalência, especialmente em crianças menores de dois anos, sendo um grave problema de saúde pública. O presente estudo analisa a prevalência e os fatores associados à ADF em duas regiões com diferentes contextos socioeconômicos e culturais. **Objetivos:** Comparar a prevalência e os fatores

associados à anemia em crianças de 12 a 37 meses nas cidades de Ribeirão Preto (SP) e São Luís (MA), utilizando dados da coorte de nascimento do estudo BRISA (2010). **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte de base populacional. Foram analisadas 3.079 crianças em Ribeirão Preto e 2.190 em São Luís. A anemia foi definida como hemoglobina $<11 \text{ g/dL}$. As variáveis analisadas incluíram escolaridade materna, situação conjugal, classe econômica, paridade, adequação do pré-natal, história de anemia materna, tipo de parto, sexo da criança, cor da pele, idade da criança, peso ao nascer e frequência à creche. As análises estatísticas foram realizadas por regressão de Poisson com estimativas ajustadas de razão de prevalência e 95% IC. **Resultados:** A prevalência de anemia foi maior em São Luís (23,8%) comparada a Ribeirão Preto (15,5%). A baixa escolaridade materna (≤ 4 -anos) apresentou maior razão de prevalência em Ribeirão Preto (RP = 2,37; IC95% 1,41–3,98) do que em São Luís (RP = 1,38; 95% IC 0,72–2,64). A classe econômica D/E mostrou associação significativa em ambas as cidades, sendo mais forte em Ribeirão Preto (RP = 2,07; 95% IC 1,45–2,94) do que em São Luís (RP = 1,62; 95% IC 1,08–2,43). Com relação a ausência de anemia gestacional, tal condição foi fator protetor em ambas as cidades, enquanto a idade inferior a dois anos mostrou forte associação com a anemia em ambos os municípios. **Discussão e conclusão:** As diferenças regionais observadas sugerem que fatores estruturais, como acesso aos serviços de saúde e desigualdades sociais, impactam de forma distinta a ocorrência da anemia em crianças. A prevalência significativamente maior em São Luís reforça a vulnerabilidade das regiões Norte e Nordeste, evidenciando a necessidade de políticas públicas regionais mais efetivas. A escolaridade materna e a pobreza mostraram-se determinantes centrais, especialmente em Ribeirão Preto. **Conclusão:** A anemia permanece como um desafio à saúde infantil brasileira, com maior prevalência em regiões socioeconomicamente mais vulneráveis. Os achados indicam a importância de estratégias intersetoriais que priorizem educação materna, monitoramento nutricional precoce e a ampliação do acesso à atenção básica, respeitando as especificidades regionais. Apesar da robustez metodológica, o estudo é limitado por seu delineamento transversal, não permitindo inferências causais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105061>

ID – 3386

ESFEROCITOSE HEREDITÁRIA ASSOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE: UM RELATO DE CASO

MBD Mello, ALR Mendes, NAB Madurro, VEDO Cruvinel, CHDJ Gomes, LC Nascimento, AM Carvalho, POC Terra

Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Uberlândia, MG, Brasil

Introdução: A Esferocitose Hereditária (EH) é uma anemia hemolítica congênita resultante de mutações em genes que codificam proteínas estruturais do citoesqueleto dos

eritrócitos, que reduzem a estabilidade da membrana e originam hemácias esféricas (esferócitos), menos deformáveis e mais suscetíveis à destruição esplênica. Clinicamente, cursa com anemia hemolítica crônica, icterícia, esplenomegalia e, por vezes, colelitíase. O diagnóstico envolve achados como anemia, reticulocitose, hiperbilirrubinemia indireta e esferócitos. Por sua vez, a Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI) decorre da produção de autoanticorpos contra antígenos da superfície eritrocitária, levando à hemólise, predominantemente extravascular, com Teste de Antiglobulina Direta (TAD) positivo. A coexistência de EH e AHAÍ é um evento raro, representando um desafio diagnóstico e terapêutico.

Descrição do caso: Sexo feminino, 13-anos, diagnóstico de EH aos 9-meses, em uso regular de ácido fólico, com 8 transfusões sanguíneas nos últimos 10-anos. Há 2-anos, após quadro compatível com dengue, apresentou agudização da hemólise, necessitando de transfusão. Durante a internação, foi diagnosticada AHAÍ, com anticorpos IgM e IgG inespecíficos (fenotipagem eritrocitária com antígenos c, E, Cw, Kell e Jkb negativos). Iniciou prednisolona na dose de 1 mg/kg/dia, sem sucesso no desmame. Diante da gravidade, foi indicada esplenectomia eletiva, suspensa pela indisponibilidade de bolsa de sangue compatível para reserva cirúrgica. Reiniciada corticoterapia em dose alta, com redução lenta até 5 mg/dia prevista para setembro de 2024. No painel sorológico, identificou-se autoanticorpo IgM inespecífico a 37°C, sem aloanticorpos. Em junho de 2024, a paciente recebeu transfusão sem intercorrências. Seis meses depois, apresentou nova crise hemolítica após dengue (sorologia IgM e IgG positivas). A hemoglobina caiu para 6,1 g/dL, subindo a 8 g/dL com aumento da prednisona. O TAD foi positivo (2+), presença de panaglutinina a 37°C. Dois meses depois, apresentou quadro clínico compatível com Chikungunya, confirmada sorologicamente. Diante da suspeita de artrite idiopática juvenil pós-infecção, iniciado tratamento com rituximabe por quatro semanas. A avaliação imunológica (2024–2025) evidenciou síndrome antifosfolípide laboratorial tripla positiva, sem eventos trombóticos até o momento. Complementos C3 e C4 baixos; demais autoanticorpos negativos. Exames complementares mostraram hiperplasia eritrocítica e alterações leves na medula óssea. A imunofenotipagem indicou inversão da relação CD4/CD8, e o cariótipo revelou inversão pericêntrica do cromossomo 9. **Conclusão:** Apesar de rara, a AHAÍ é uma complicação potencialmente fatal de anemias congênitas. No caso descrito, episódios virais, múltiplas transfusões e resposta imune alterada, evidenciada por hipocomplementemia e positividade para anticorpos antifosfolípidos, atuaram como prováveis gatilhos da hemólise. Considera-se que os episódios resultaram de um mecanismo multifatorial, no qual a EH e o processo autoimune contribuíram de forma concomitante, variando em intensidade a cada crise. Assim, a resposta parcial aos corticoides sugere participação imune relevante, sem excluir a contribuição da EH, o que reforça a complexidade diagnóstica e terapêutica e a importância de investigar desregulação imune subjacente.

Referências:

Motta I, et al. Autoimmune hemolytic anemia as a complication of congenital anemias: a case series and review of the literature. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10:3439.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105062>

ID – 255

HEMANGIOENDOTELIOMA KAPOSIFORME ASSOCIADO A SÍNDROME DE KASABACH MERRIET: UM RELATO DE CASO

LP Izique, S Calegare, BdM Nunes, CHdS Andrade, JF Bertoldo

Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Relato de um caso de Hemangioendotelioma Kaposiforme (HEK) associado à Síndrome de Kasabach-Merriet (KMP) em recém-nascida acompanhada na UTI neonatal do Hospital Santa Marcelina/SP. O objetivo é alertar profissionais da saúde sobre esse diagnóstico raro, suas complicações e condutas terapêuticas. **Descrição do caso:** Recém-Nascida (RN) com 8-dias, segunda gemelar, sexo feminino, nascida de 36-semanas e 3-dias por cesárea. Ao nascimento, apresentava edema importante e coloração arroxeada em todo o Membro Superior Esquerdo (MSE). Entre o 2° e 3° dia, houve diminuição do edema e cianose, mas exames revelaram plaquetopenia (22.000), iniciando-se antibioticoterapia (ampicilina e gentamicina) e transfusão plaquetária. Por volta do 5° dia, houve piora clínica e aumento da lesão no MSE. No 7° dia, foi transferida para o Hospital Santa Marcelina com edema endurecido, cianose e rubor local, mas com pulsos preservados. Laboratório revelou plaquetopenia (40.800), sem outras alterações. Exames de imagem não mostraram malformações (usg abdome, usg crânio e ecocardiograma). Avaliado pela Hematologia Pediátrica e Cirurgia Vascular diagnosticado HEK associado à KMP. Iniciou-se tratamento com vincristina (0,05 mg/kg/semana) e prednisolona (2 mg/kg/dia). Após 4-semanas, houve melhora progressiva da lesão, normalização da coloração e mobilidade do membro, estabilização clínica e recuperação das plaquetas. Recebeu alta com seguimento ambulatorial. **Conclusão:** O HEK apresenta alto risco de evoluir com KMP, exigindo diagnóstico precoce e tratamento imediato. A terapia combinada de corticoide sistêmico e vincristina mostrou eficácia no caso relatado, com recuperação clínica e laboratorial, ressaltando a importância do manejo multidisciplinar e acompanhamento contínuo.

Referências:

1. Zukerberg LR, et al. *Am J Surg Pathol*. 1993;17(4):321-8.
2. Fishman SJ, Mulliken JB. *Pediatr Surg*. 1993;40(6):1177-200.e
3. Pervaiz HK et al. *J Pak Med Assoc*. 2025;75(3):488-491.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105063>

ID – 2041

HEMOFILIA ADQUIRIDA NA PEDIATRIA – QUANDO SUSPEITAR ?

CF Costa ^a, VV Alves ^a, A Strega ^b, G Portugal ^a, T Melo ^a, D Mendonça ^a, P Cheab ^a

^a Hospital Geral Roberto Santos (HGRS), Salvador, BA, Brasil

^b Fundação HEMOBA, Salvador, BA, Brasil