

proliferativas compensatórias), são essenciais na prática clínica diária, especialmente no cenário do Sistema Único de Saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105377>

ID – 3371

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE INFANTIL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO PARA O PEDIATRA

LAL Frota, CG da Silva, MLGG Rocha,
LA Arcanjo, LR Gurgel, AA de Vasconcelos,
ATT Montalvão, MES Tahim, MEP Vasconcelos,
MJ Passos

Centro Universitário Inta (UNINTA), Sobral, CE,
Brasil

Introdução: A anemia, em geral, acontece quando as hemácias estão abaixo do normal no sangue, resultando em distribuição baixa de oxigênio para os órgãos. Referente à Anemia Hemolítica Autoimune (AHAI), ela difere-se pela sintomatologia que resulta da hemólise, sendo uma condição rara caracterizada pela ligação de anticorpos específicos e eritrócitos, reduzindo o tempo de vida destes. **Objetivos:** Compreender a apresentação clínica da anemia hemolítica autoimune no público infantil. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo exploratório por meio de pesquisa bibliográfica não sistematizada, sendo operacionalizada a partir da busca eletrônica de artigos presentes na base de dados: Google Acadêmico. Para os critérios de inclusão, foram selecionados 5 trabalhos publicados no período de 2021 a 2025, contendo o texto na íntegra nos idiomas Português e Inglês, que atendessem ao objetivo proposto. Foram excluídos artigos publicados antes do ano de 2021. **Discussão e conclusão:** Essa doença acomete os públicos adulto e infantil, sendo ainda mais raro neste, em uma proporção de 0,8 casos em 100.000 indivíduos com menos de 18 anos e é mais prevalente no sexo masculino entre crianças e mais no sexo feminino entre adolescentes. Quanto às classificações da AHAI, diversos estudos demonstraram que muitos diagnósticos são de causas primárias e quase 70% dos casos são por anticorpos quentes, mas é necessário que todas as crianças façam uma busca por etiologias adjacentes. Além disso, os sintomas observados na Pediatria são os mesmos entre os adultos, como icterícia, palidez, febre, fadiga e dispneia. O diagnóstico é feito pelos seguintes exames: hemograma, reticulócitos, bilirrubina indireta, desidrogenase láctica e teste de Coombs direto e indireto. Com a confirmação deles, é iniciado o tratamento, que varia de acordo com o anticorpo encontrado, caso seja o quente é prescrito corticoides, como a prednisona, caso seja o frio, a terapia é curta e autolimitada por meio de hidratação, diurese e proteção do frio. Ainda, em pacientes extremos, a esplenectomia é indicada apenas quando as drogas não surtirem efeito, devendo sempre medir os riscos desse procedimento pela idade da criança e pelas vacinas para prevenção de infecções. Crianças que apresentam resposta parcial aos corticoides devem fazer uma associação com imunossuppressores,

ciclosporina e azatioprina, para diminuir as doses dos corticoides e os efeitos colaterais pelo uso a longo prazo. Com base nos artigos analisados, percebe-se que a anemia hemolítica autoimune entre crianças e adolescentes possui a necessidade de uma pesquisa mais aprofundada para encontrar o diagnóstico. Devido a isso, é essencial que o pediatra seja cauteloso e investigue fatores relacionados à doença quando houver suspeita, pois pode ser fatal, se porventura a apresentação clínica não estiver nítida ou o tratamento for refratário. Assim, por ser ainda mais incomum na Pediatria, é importante que os médicos responsáveis saibam identificar e tratar de forma adequada para que o prognóstico curse com a cura da doença. Porém, ainda é escasso o estudo da AHAI no público infantojuvenil devido à sua singularidade, sendo preciso mais conhecimento sobre seu curso clínico e tratamento para que a resolução do caso seja precoce e a qualidade de vida das crianças e dos adolescentes seja preservada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105378>

ID – 371

ANEMIA NA DOENÇA RENAL CRÔNICA: IMPACTO E ESTRATÉGIAS DE MANEJO

M Brito, JdM Eduardo

Centro Universitário São Camilo, São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: A anemia é uma complicação frequente da Doença Renal Crônica (DRC), associada ao aumento da morbimortalidade, piora da qualidade de vida e progressão da insuficiência renal. Sua é multifatorial, envolvendo deficiência de Eritropoietina (EPO), ferropenia e inflamação crônica. A identificação precoce e o tratamento adequado são essenciais para reduzir complicações. Este estudo visa avaliar os principais aspectos da anemia na DRC, abordando diagnóstico, impacto clínico e estratégias terapêuticas. **Objetivos:** Revisar os mecanismos fisiopatológicos, critérios diagnósticos e abordagens terapêuticas da anemia na DRC, com ênfase nos impactos clínicos e manejo adequado. **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão baseada em literatura científica e protocolos clínicos sobre a anemia na DRC. Foram avaliadas publicações que abordam a epidemiologia, diagnóstico laboratorial e tratamento, incluindo suplementação de ferro, uso de AEE e transfusão sanguínea. A análise considerou critérios de hemoglobina < 13 g/dL em homens e < 12 g/dL em mulheres, além dos valores de ferritina e saturação de transferrina para diagnóstico da deficiência de ferro. **Discussão e conclusão:** A anemia na DRC apresenta alta prevalência, especialmente em pacientes com Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 30 mL/min/1,73m². A redução da produção de EPO e a deficiência de ferro são os principais fatores etiológicos. O diagnóstico precoce por meio da monitorização da hemoglobina e do metabolismo do ferro permite a instituição de terapias adequadas. O tratamento inclui suplementação de ferro oral ou intravenoso, uso de AEE e, em casos selecionados, transfusões sanguíneas. Manter a hemoglobina entre 10–12 g/dL reduz o risco de eventos adversos e melhora a qualidade

de vida dos pacientes. A anemia na DRC contribui para a progressão da doença e aumento da mortalidade. A identificação precoce e o manejo adequado são fundamentais para reduzir complicações e melhorar a sobrevida dos pacientes. O tratamento individualizado, com reposição de ferro e uso criterioso de AEE, é essencial para evitar complicações cardiovasculares e otimizar a resposta terapêutica. A continuidade dos estudos e revisões periódicas das diretrizes são necessárias para aprimorar o manejo clínico da anemia na DRC.

Referências:

1. Weiss G, Ganz T, Goodnough LT. Anemia of inflammation. *Blood*, [S.l.], v. 133, n. 1, p. 40–50, 3 jan. 2019.
2. Antunes de Mattos B, et al. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: metodologia de busca e avaliação da literatura. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2014.
3. CONITEC. Relatório de Recomendação: anemia por deficiência de ferro. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2023.
4. Portolés J, et al. Anemia in Chronic Kidney Disease: from pathophysiology and current treatments to future agents. *Frontiers in Medicine*, [S.l.], v. 8, p. 1–14, 26 mar. 2021.
5. CONITEC. Relatório de Recomendação: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da anemia na doença renal crônica. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2023.
6. Tsukamoto T, et al. Annual Iron Loss Associated with Hemodialysis. *American Journal of Nephrology*, [S.l.], v. 43, n. 1, p. 32–38, 2016.
7. NICE. Chronic kidney disease: assessment and management. Guidance: NG203. [S.l.]: National Institute for Health and Care Excellence, 2021.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105379>

ID – 2238

ANGIOEDEMA POR DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA DO INIBIDOR DE C1 ASSOCIADO À GAMOPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO INDETERMINADO

ACFB Gonçalves, LM Freitas, AB Paulo, JTD Souto Filho

Faculdade de Medicina de Campos, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil

Introdução: O angioedema adquirido por deficiência do inibidor de C1 (AAE-C1-INH) é uma forma rara de angioedema, que acomete adultos sem histórico familiar de doença, frequentemente associada a doenças linfoproliferativas B clonais e gamopatias monoclonais. A fisiopatologia envolve o consumo excessivo ou inativação do C1-INH, levando à produção de bradicinina, responsável pelos episódios de edema; autoanticorpos anti-C1-INH podem estar presentes em parte dos casos. Sua relação com a Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado (MGUS) constitui uma apresentação rara e pouco reconhecida na literatura médica, descrita como gamopatia monoclonal de significado clínico (MGCS). Assim, relatamos um caso de angioedema por deficiência adquirida do inibidor de C1 associado à MGCS, discutindo os aspectos clínicos e terapêuticos dessa associação.

Descrição do caso: Paciente masculino, 66 anos, hipertenso, com dor lombar crônica e episódios recorrentes de edema facial, iniciou acompanhamento médico em outubro de 2022. A eletroforese de proteínas séricas identificou pico monoclonal de 0,4 g/dL (IgG/lambda), com relação K/L preservada. A imunofixação confirmou o pico monoclonal IgG lambda. A ressonância magnética das colunas cervical e lombar não revelou infiltração óssea. O aspirado de medula óssea revelou 2,25% de plasmócitos, com imunofenótipo anômalo, compatível com MGUS. Em dezembro de 2023, mantinha os sintomas e apresentou exames com C1-INH reduzido (16,2 mg/dL, referência 21 a 38 mg/dL) e C1q baixo (6 mg/dL, referência 10 a 25 mg/dL), sugerindo a hipótese de AAE-C1-INH secundário à MGUS. A eletroneuromiografia evidenciou neuropatia sensitiva distal axonal. Foi feito diagnóstico de MGCS e iniciou tratamento com VRD (bortezomibe, lenalidomida, dexametasona) em 10/2024, com regressão significativa dos edemas após dois ciclos e estabilização dos níveis de C1-INH. Eletroforeses de proteínas de novembro de 2024 e fevereiro de 2025 mostraram a ausência do pico monoclonal, sugerindo supressão clonal concomitante com à melhora clínica. **Conclusão:** Este caso ressalta a importância de reconhecer o AAE-C1-INH como manifestação sistêmica de uma MGUS, enquadrando-se no espectro da MGCS. A deficiência adquirida de C1-INH pode atuar como um marcador de envolvimento sistêmico, evidenciando que a MGUS, mesmo sem infiltração medular significativa, pode causar distúrbios imunológicos e vasculares. A resposta favorável ao protocolo VRD, com remissão clínica do angioedema, desaparecimento do pico monoclonal e a normalização dos níveis de C1-INH reforça a eficácia do tratamento direcionado ao clone plasmocitário subjacente. O uso do VRD, tradicionalmente empregado no mieloma múltiplo, mostrou-se fundamental para o controle dos sintomas do AAE-C1-INH neste contexto. Apesar de rara, a associação entre MGUS e AAE-C1-INH deve ser considerada no diagnóstico diferencial de pacientes com angioedema adquirido.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105380>

ID – 2838

APLASIA MEDULAR GRAVE EM PACIENTE IDOSA: RELATO DE CASO

CM Lucini, MFGM Fernandes, LM Pinheiro, IM Almeida, BLM Pereira, CP Aguiar, JWO Romanov

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: A Aplasia de Medula Óssea (AMO) é síndrome rara caracterizada por pancitopenia periférica e hipocelularidade medular, resultante de falência hematopoética. Pode ter origem idiopática ou secundária a fármacos, infecções, doenças autoimunes ou exposições tóxicas. A evolução é potencialmente fatal, sendo essencial o diagnóstico precoce e manejo especializado. Esse trabalho busca descrever um caso de AMO grave em paciente idosa, enfatizando manifestações hematológicas, evolução clínica e conduta adotada, por meio de