

Introdução: Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) faz parte de um grupo heterogêneo de doenças raras que têm como manifestações cardinais trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática e disfunção orgânica. Ela ocorre quando existe uma deficiência hereditária ou adquirida de ADAMTS13, levando a um acúmulo de multímeros ultra longos de fator de von Willebrand. Sua forma adquirida imune (PTTi) corresponde a aproximadamente 95% de todos os casos de PTT. O tratamento atual de primeira linha envolve plasmaférese associada com imunossupressão com corticoide e rituximabe porém o uso deste último nem sempre é possível por questões burocráticas. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 35 anos, sem comorbidades apresentando quadro de cansaço progressivo associado a episódios de desorientação e disartria. Procurou serviço de emergência sendo realizados exames complementares que evidenciaram trombocitopenia e TC de crânio com descrição de duas lesões hipodensas em substância branca. Evoluiu com piora da trombocitopenia com o surgimento de petéquias em membros inferiores e tronco além de quadro de anemia hemolítica sendo avaliado pela Hematologia que visualizou a presença de esquizócitos em lâmina de sangue periférico. Calculado PLASMIC score cujo resultado foi 6 pontos (alto risco). Solicitada coleta de ADAMTS13 e iniciada plasmaférese terapêutica diária com plasma fresco como líquido de reposição associado a corticoide em dose alta (ataque de metilprednisolona e posteriormente prednisona). Resultado de ADAMTS13 com atividade menor que 2% confirmando diagnóstico de PTT. Paciente realizou 11 sessões de plasmaférese terapêutica suspensa após normalização da contagem de plaquetas e LDH além de melhora significativa do quadro neurológico recebendo alta hospitalar para seguimento ambulatorial com hematologia. **Conclusão:** Na presença de trombocitopenia e anemia hemolítica microangiopática, a deficiência grave de ADAMTS13, definida por um nível de atividade <10%, é suficiente para confirmar o diagnóstico de PTT. Na maioria dos casos, o mecanismo para a deficiência enzimática é adquirido por meio de autoanticorpos contra a ADAMTS13. A primeira linha de tratamento para a doença envolve terapia tríplice com plasmaférese terapêutica, corticoides em dose imunossupressora e um anti-CD20 (Rituximabe) podendo ou não associar caplacizumabe. Estes dois últimos medicamentos não possuem indicação pelo Rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) tornando desafiadora a sua associação ao tratamento. Ainda assim, há boas respostas com a terapia apenas com plasmaférese e corticoides segundo a literatura, apesar de maiores chances de recaída. Infelizmente, esta ainda é a realidade da maioria dos centros brasileiros que trata PTT. A PTT segue como um desafio tanto no diagnóstico quanto no tratamento devido a dificuldades burocráticas envolvendo a realização do exame de ADAMTS13 e a liberação de medicações sabidamente eficazes no controle da doença. Suspeitar precocemente e iniciar o rápido tratamento ainda configura a melhor forma de alcançar altas taxas de sucesso terapêutico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105600>

ID - 901

PLASMAFÉRESE PARA SEPSE COMPLICADA EM PEDIATRIA: EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE BANCO DE SANGUE

M Moraes^a, L Fontenele^b, T Pereira^b,
M Hamaji^b, P Alves^b, S Castilho^c, V Santos^c,
V Pessoa^c, N Remigio^a, I Lima^a

^a GSH, Brasília, DF, Brasil

^b GSH, São Paulo, SP, Brasil

^c GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O papel da plasmaférese terapêutica (TPE) na sepsé grave ainda não está bem estabelecido, com poucos estudos sugerindo um potencial benefício como terapia adjuvante na sepsé grave em adultos. Contudo, isso não é observado na população pediátrica, ficando as indicações limitadas a casos complicados, com síndrome de disfunção de múltiplos órgãos (SDMO) ou microangiopatia trombótica, nos quais a tomada de decisão deve ser individualizada, baseada no risco benefício para cada paciente. **Objetivos:** Demonstrar a experiência de um serviço de Banco de Sangue em plasmaférese terapêutica para sepsé complicada em pacientes pediátricos. **Material e métodos:** Realizada análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes pediátricos, até 12 anos, submetidos a TPE, por sepsé complicada, nos hospitais atendidos pelo Banco de Sangue do Grupo GSH, de 01/10/2023 a 31/05/2025. **Resultados:** No período em estudo foram submetidos a TPE por sepsé complicada 11 pacientes pediátricos, sendo 5 com falência de múltiplos órgãos e 6 com microangiopatia trombótica. A idade variou de 10 meses a 12 anos, com média de 4,5 anos. Foi realizada troca de 1 volemia plasmática em 9 pacientes e 1,5 em 2; o fluido de reposição foi PFC em 9 casos e soro albuminado + PFC em 2; o número de sessões variou de 1 a 8, com média de 3,7 e dos 11 pacientes, 9 realizaram sessões diárias, 1 fez 1 intercalada e mais 2 diárias e 1 fez dias alternados. Apenas 2 pacientes apresentaram reação alérgica, sem outras intercorrências. Após os procedimentos, 8 pacientes evoluíram com melhora do quadro, 2 não tiveram alteração e apenas 1 evoluiu com piora do quadro, sendo posteriormente diagnosticado como síndrome hemofagocítica. **Discussão e conclusão:** A sepsé é uma resposta inflamatória sistêmica a infecção que pode cursar com complicações como SDMO, coagulação intra-vascular disseminada ou microangiopatia trombótica. Nesse contexto, a TPE surge como potencial terapia adjuvante, ao atuar na remoção das citocinas inflamatórias e restituição das proteínas do plasma. A literatura atual demonstra que, enquanto em adultos há alguma evidência de benefício na mortalidade com o uso de TPE em casos graves de sepsé, em crianças os dados são limitados e, em alguns estudos, o uso de TPE esteve associado a aumento da mortalidade quando utilizada fora do contexto de SDMO. Estudos observacionais mostram que a TPE é utilizada em uma minoria dos casos pediátricos, geralmente em pacientes mais graves, com maior prevalência de comorbidades e disfunção múltipla de órgãos, e com mortalidade associada mais

elevada, o que provavelmente reflete um viés de indicação para casos refratários, podendo justificar a maior mortalidade nessa população. No nosso estudo, foram incluídos apenas os casos de sepse complicada, com falência de múltiplos órgãos ou microangiopatia trombótica. Excluindo o paciente com síndrome hemofagocítica, tivemos 80% de melhora do quadro, 20% sem alteração e nenhum caso de piora do quadro com o uso da plasmaférese. Tais achados são condizentes com a literatura em que há relatos de casos e estudos retrospectivos com melhora hemodinâmica e recuperação de função orgânica com o uso precoce da plasmaférese. Contudo, mais estudos randomizados, controlados são necessários para avaliar o real impacto desse procedimento nessa população. **CONCLUSÃO** Nosso estudo sugere que a TPE pode ser benéfica como tratamento adjuvante para crianças com sepse complicada. Mais estudos são necessários para definir o papel da TPE nessa população.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105601>

ID – 2806

PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA ECOGUIADA NA ERITROCITAFÉRESE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO CEARÁ

AKS Lucas ^a, NCM Castro ^a, HFA Alves ^b, SAT Barbosa ^a, FSF Costa ^a, LM Oliveira ^a, LEM Carvalho ^a, F Miyajima ^c, JS Alves ^a, MF Nobre ^a

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), Fortaleza, CE, Brasil

^b Instituto Dr Jose Frota, Fortaleza, CE, Brasil

^c FIOCRUZ, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A eritrocitférese terapêutica é uma intervenção essencial no manejo de complicações graves da doença falciforme e em situações como na gestação pode ser uma das poucas opções disponíveis. O acesso venoso periférico adequado é um desafio em pacientes gestantes com histórico de múltiplas punções, podendo inviabilizar o procedimento. A punção ecoguiada surge como alternativa segura, eficaz para viabilizar terapias de aférese de alta complexidade. **Descrição do caso:** Descrever a experiência da utilização de punção venosa ecoguiada em pacientes com necessidade de eritrocitférese. **Relato de Experiência:** Gestante de 23 anos, portadora de anemia falciforme HbSS, foi admitida no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE) com indicação urgente de eritrocitférese. A paciente apresentava veias periféricas esgotadas, com falhas prévias de punção convencional. Optou-se pelo uso de punção venosa guiada por ultrassom (USG) para implantação de acesso venoso periférico que possibilite um bom fluxo para a máquina. Após criteriosa avaliação da rede venosa da paciente, o procedimento foi realizado à beira leito, com punção bem-sucedida na primeira tentativa, em uma veia identificada por USG no membro superior, utilizando uma sonda linear em modo B, por uma profissional treinada para a realização do procedimento. Foi utilizado um cateter curto 18G e realizados todos os

procedimentos de assepsia, fixação e manutenção do cateter conforme punção convencional até a finalização do procedimento. A sessão de eritrocitférese transcorreu sem intercorrências, com fluxo sanguíneo médio de 80 mL/min e duração de 2 horas e 20 minutos. A paciente apresentou melhora clínica significativa, sem complicações locais ou sistêmicas. O caso evidencia que o uso de punção ecoguiada em pacientes com difícil acesso venoso é uma estratégia eficaz para garantir a realização de procedimentos críticos como a eritrocitférese. Além de reduzir riscos e o desconforto do paciente associados a múltiplas tentativas de punção sem sucesso, otimiza o tempo do procedimento e a segurança materno-fetal. **Conclusão:** A punção venosa ecoguiada demonstrou-se fundamental para viabilizar a eritrocitférese em gestante com acesso periférico inviável, garantindo segurança, fluxo ideal para a máquina e sucesso na aplicação da terapia. A incorporação sistemática dessa técnica pode ampliar a elegibilidade de pacientes críticos para terapias de aférese, devendo ser sustentada pelo treinamento das equipes para identificação da necessidade e para a execução.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105602>

ID – 2415

REALIZAÇÃO DE LEUCOCITAFÉRESE EM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA (LLC), PROLINFOCITOSE E SÍNDROME DE HIPERVISCOSIDADE

DdS Leme, TCF dos Santos, FdO Moraes, GPS Mota, LB Zerlotti, LGR Dadamos, A Gaidukas, MIG da Silva, ABGF de Mattos, HL Neto, AF Pedrão, CEDS Marçal, CE Katayama, RGC Goiato, L Rissi

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, SP, Brasil

Introdução: A Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) raramente cursa com hiperviscosidade sintomática, mesmo em casos de prolinfocitose, pois os linfócitos típicos da LLC são pequenos e deformáveis, o que reduz o risco de obstrução microvascular. No entanto, há possibilidade de quadros de hiperviscosidade, com manifestações neurológicas, respiratórias ou trombóticas, especialmente quando a contagem de leucócitos ultrapassa valores elevados (por exemplo, 500.000-1.000.000/mm³). A leucocitférese é uma estratégia de citorredução mecânica que pode ser utilizada em situações de emergência para redução rápida da massa leucocitária. Embora seu uso seja mais estabelecido em leucemias agudas, principalmente mieloides, há evidências de benefício em casos excepcionais de LLC com complicações graves atribuídas à hiperviscosidade. A leucocitférese pode proporcionar alívio sintomático rápido, reduzindo o risco de complicações, mas seu efeito é temporário e deve ser seguida por tratamento citotóxico definitivo para controle da doença de base. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 69 anos, sem comorbidades, com diagnóstico de LLC em 2017, tendo realizado seguimento prévio em serviço externo e com critérios de tratamento em 2020,