

com realização de FCR (Fludarabina, Ciclofosfamida e Rituximabe) e descrita resposta parcial. Em 2023 realizou novo tratamento com Clorambucil, iniciando seguimento em nosso serviço e continuando esquema até julho de 2024. Devido à ausência de resposta, foi proposto novo esquema com Metilprednisolona. Antes da reavaliação da doença, paciente é admitida em emergência com quadro de tosse seca, dispneia e desvio de rima à esquerda. Ao exame, taquipneica em uso de suplementação de oxigênio, com presença de estertores crepitantes em ausculta pulmonar até terço médio bilateralmente e com desvio de rima à esquerda. Hemograma de admissão demonstrava anemia (Hb 5,1 g/dL, VCM 101, HCM 27), plaquetopenia (55 mil) e leucocitose (667090), às custas de linfócitos (521664); lâmina com presença de 40% de linfócitos de tamanho intermediário, núcleo com cromatina menos densa do que de linfócitos maduros, com 1 a 2 nucléolos proeminentes e citoplasma basofílico e escasso, compatíveis com morfologia de prolinfócitos, DHL 321 U/L, creatinina 0,71 mg/dL, peptídeo natriurético B 674 pg/mL, procalcitonina 0,11 ng/mL, radiografia de tórax com hipotransparência nas regiões pariliares e bases pulmonares. Evolui com piora do quadro, com necessidade de seguimento em leito de terapia intensiva e posterior intubação orotraqueal por insuficiência respiratória. Conduzida inicialmente por equipe da terapia intensiva como sepse de foco pulmonar, porém solicitada avaliação da equipe da Oftalmologia, com fundoscopia com sinais sugestivos de hiperviscosidade. Dessa maneira, foi proposta realização de leucocitaférese e FC em doses reduzidas devido à possibilidade de infecção e pelo estado clínico deteriorado. Paciente evolui com melhora do quadro pulmonar e neurológico, com extubação e alta do leito de terapia intensiva, sendo reavaliada pela equipe da Oftalmologia, com melhora de sinais de hiperviscosidade, finalizando antibioterapia em enfermaria e recebendo alta para seguimento ambulatorial. **Conclusão:** Em resumo, embora a síndrome de hiperviscosidade seja rara na LLC, a leucocitaférese é uma opção válida e respaldada pela literatura para manejo agudo de complicações graves relacionadas à prolinfocitose extrema, podendo ser empregada como ponte até o controle definitivo com terapia citotóxica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105603>

ID – 1265

RECUPERAÇÃO INTRAOPERATÓRIA EM CIRURGIAS NÃO CARDÍACAS

JE Di Giacomo

GSH, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Historicamente, os procedimentos de recuperação intraoperatória eram predominantemente realizados em cirurgias cardíacas. No entanto, com os avanços na medicina e nas técnicas cirúrgicas, essa prática se expandiu para outras especialidades. Atualmente, a recuperação intraoperatória é implementada em cirurgias ortopédicas, testemunha de jeová, transplantes de órgãos sólidos, obstétricas, entre outras. Este trabalho visa explorar a evolução da recuperação intraoperatória e sua aplicação em diversas cirurgias

não cardíacas, destacando os benefícios e as metodologias envolvidas. **Objetivos:** O objetivo foi demonstrar a expansão da utilização e os benefícios da recuperação intraoperatória em cirurgias não cardíacas, comparando com a prática tradicional em cirurgias cardíacas e destacando os avanços e a implementação em diferentes especialidades cirúrgicas. **Material e métodos:** A pesquisa foi realizada através do levantamento dos dados clínicos de diferentes hospitais atendidos pelo Grupo GSH na cidade de São Paulo no período de junho 2024 a junho de 2025 que utilizaram a recuperação intraoperatória e cirurgias não cardíacas. **Discussão e conclusão:** No total tivemos 36 cirurgias aonde houve a utilização da Recuperação Intraoperatória sendo elas: Cirurgias Ortopédicas: ocorreu em 08 cirurgia de artroplastia total de quadril, 01 artroplastia de fêmur e 02 artrodeses de coluna; Transplantes: ocorreram 07 cirurgias de transplante hepático; Cirurgias Obstétricas: ocorreram em 15 cirurgias, com diagnóstico de acretismo placentário 01 placenta prévia; Testemunha de Jeová ocorreu em 02 cirurgias ortopédicas. A expansão da recuperação intraoperatória para cirurgias não cardíacas representa um avanço significativo na prática cirúrgica. Ao levantamento realizado no ano anterior, tínhamos de junho/23 a junho/24 um total de 10 procedimentos realizados não cardíacos com uso da recuperação intraoperatória. Em um ano, esse número cresceu para 260% a mais. Os benefícios observados incluem redução do tempo de internação, diminuição de complicações pós-operatórias e melhoria dos resultados gerais dos pacientes. A implementação dessas técnicas em diversas especialidades cirúrgicas não só reflete a evolução tecnológica, mas também a adaptação das práticas médicas para proporcionar benefício ao paciente. O procedimento de recuperação intraoperatória em cirurgias não cardíacas, mostra-se promissor e pode ser uma aliada, corroborando a um baixo consumo de sangue homólogo, e contribuindo para uma recuperação mais rápida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105604>

ID – 2326

RELATO DE CASO: TROMBOCITOFERÊSE EM PACIENTE COM LMC E PLAQUETOSE EXTREMA SINTOMÁTICA

JO Matias^{a,b}, CB Morato^a, F Akil^c, KS Martins^a, CDm Guedes^b, JAD Rodrigues^b, CS Cunha^b, RS Ávila^b, ACF Bassani^b

^a Grupo GSH, Volta Redonda, RJ, Brasil

^b Hospital Unimed Volta Redonda, Volta Redonda, RJ, Brasil

^c Grupo GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A trombocitose extrema, definida por contagem plaquetária superior a 1.000.000/mm³, é uma manifestação que pode ocorrer em neoplasias mieloproliferativas, como a Leucemia Mieloide Crônica (LMC). Embora a maioria dos pacientes seja assintomática, casos com sintomas de hiperviscosidade — como alterações visuais, neurológicas e cefaleia — configuram urgência médica, devido ao risco elevado de eventos tromboembólicos e isquêmicos. Nessas situações,

a trombocitaférese surge como uma estratégia terapêutica de ação rápida, indicada para redução imediata da contagem plaquetária, especialmente quando a resposta à terapia citoredutora oral é insuficiente. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 48 anos, com diagnóstico de LMC em agosto de 2024 (BCR-ABL positivo), em uso de imatinibe 400 mg/dia desde o diagnóstico. Em julho de 2025, apresentou cefaleia intensa, diplopia, vertigem e hemiparesia à direita. Tomografia de crânio não mostrou alterações. Hemograma evidenciou plaquetose extrema ($3.000.000/\text{mm}^3$). Diante da suspeita de síndrome de hiperviscosidade e risco iminente de trombose, intensificou-se a terapia citoredutora, aumentando-se a dose de imatinibe e introduzindo-se hidroxureia, além de solicitar troca do inibidor de tirosina quinase ao plano de saúde. Após sete dias, persistindo sintomas neurológicos, foi indicada trombocitaférese de urgência. O procedimento foi realizado em máquina de fluxo contínuo (Optia), com troca de uma volemia e reposição com soro albuminado. Houve boa tolerância e melhora clínica progressiva, com redução das plaquetas para $928.000/\text{mm}^3$ e, posteriormente, manutenção da queda para $686.000/\text{mm}^3$ com as medidas associadas. **Conclusão:** A trombocitaférese mostrou-se segura e eficaz no manejo da plaquetose extrema sintomática em paciente com LMC, proporcionando rápida reversão dos sintomas e prevenindo complicações neurológicas graves. Seu uso precoce deve ser considerado sempre que houver manifestações clínicas sugestivas de hiperviscosidade, garantindo estabilização enquanto se aguarda a resposta das terapias citoredutoras sistêmicas.

Referências:

1. Tefferi A, Barbui T. Polycythemia vera and essential thrombocythemia: 2024 update on diagnosis, risk-stratification, and management. *Am J Hematol*. 2024;99(3):476-89.
2. Baccarani M, et al. European LeukemiaNet recommendations for the management of chronic myeloid leukemia: 2020 update. *Blood*. 2020;135(10):846-58.
3. Kaur P, Basu S. Therapeutic Apheresis in Thrombocytosis: Indications and Outcomes. *J Clin Apher*. 2021;36(1):21-9.
4. Padmanabhan A, et al. Guidelines on the use of therapeutic apheresis in clinical practice—evidence-based approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Eighth Special Issue. *J Clin Apher*. 2019;34(3):171-354.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105605>

ID – 452

RELATO DE CASO: USO DE PLASMAFÉRESE TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE NEURO-SJÖGREN COM COMPROMETIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

AIJ Pezzotti^a, JPL Amorim^b, JSL Guilherme^a,
LB Hernandes^a, MVB Oliveira^c

^a Grupo GSH, Araçatuba, SP, Brasil

^b Grupo GSH, Brasília, DF, Brasil

^c Hospital Unimed Araçatuba, Araçatuba, SP, Brasil

Introdução: A síndrome de Sjögren é uma doença autoimune sistêmica caracterizada por infiltração linfocítica das glândulas exócrinas, levando a olhos e boca seca. Formas graves podem apresentar envolvimento extraglandular, inclusive do sistema nervoso central e periférico. A manifestação neurológica central, embora rara, é reconhecida como Neuro-Sjögren, com apresentações clínicas variadas e impacto significativo na qualidade de vida. Nesses casos, o tratamento imunossupressor de primeira linha pode ser ineficaz, sendo a plasmáférese terapêutica uma alternativa em quadros refratários ou progressivos. A literatura recente aponta seu uso como ferramenta de resgate imunológico em doenças autoimunes com envolvimento neurológico central. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 57 anos, com dificuldade para andar há cinco anos, rigidez progressiva em membros inferiores e perda de destreza manual. Relatava constipação intestinal severa, urge-incontinência, dores osteomusculares diárias e sintomas compatíveis com síndrome seca. No exame físico, apresentava sinais de síndrome parkinsoniana rígido-acinética, síndrome piramidal (hiperreflexia difusa, clônus bilateral), hipertonia espástica e disautonomia (hipotensão postural e síncope). Realizou-se investigação etiológica com neuroimagem, sorologias, líquido, autoanticorpos e biópsia de glândula salivar. Ressonâncias normais. O líquido mostrou hiperproteínoorraquia discreta e bandas oligoclonais no soro e líquido (padrão 3), indicando síntese de imunoglobulinas intratecal e sistêmica. Testes autoimunes e metabólicos foram negativos. Biópsia de glândula menor revelou sialoadenite linfocítica focal (padrão típico de Sjögren). Diante do quadro com comprometimento neurológico central e falha ao tratamento com imunoglobulina e azatioprina, iniciou-se plasmáférese terapêutica. Realizadas sete sessões em dias alternados, com troca de uma volemia plasmática por albumina. Após a segunda sessão, houve melhora progressiva da hipotensão postural e da mobilidade. A paciente voltou a deambular com auxílio e apresentou melhora parcial da fala e da fadiga. Após o ciclo, iniciou-se imunossupressão com ciclofosfamida. O acometimento do SNC na síndrome de Sjögren é raro e frequentemente subdiagnosticado, devido à ausência de marcadores sorológicos específicos e à semelhança clínica com doenças neurodegenerativas. A presença de bandas oligoclonais tipo 3 reforça a hipótese de um processo inflamatório autoimune sistêmico com repercussão neurológica. Até 25% dos pacientes com Sjögren apresentam manifestações neurológicas, predominando a neuropatia periférica, mas há crescente reconhecimento das formas centrais. A plasmáférese remove autoanticorpos e imunocomplexos circulantes, sendo indicada em doenças autoimunes com envolvimento refratário do sistema nervoso. Relatos evidenciam o benefício em encefalomielite autoimune, neurossarcoidose e lúpus neuropsiquiátrico. **Conclusão:** Este caso ilustra o uso bem-sucedido da plasmáférese terapêutica no manejo de paciente com Neuro-Sjögren refratário às imunoglobulinas. A melhora clínica significativa reforça a importância de considerar a plasmáférese como opção precoce em casos neurológicos autoimunes progressivos e refratários.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105606>