C282. Também são descritas outras mutações como H63D, S65C e as formas wild type. Os sintomas podem variar dependendo do local de deposição de ferro. Diversos algoritmos são desenvolvidos com o intuito de facilitar a investigação da patologia porém nem sempre é uma tarefa simples. **Objetivo:** Descrever um caso sobre HH em uma apresentação atípica através de diagnósticos de exclusão levando em consideração as dificuldades relacionadas ao custo dos exames. **Relato de caso:** Paciente, 57 anos, masculino, interna em um hospital para esclarecer aumento de volume abdominal. Na admissão se encontrava assintomático. USG de abdome total, evidenciou ascite leve sem alterações hepáticas. Colhida amostra do líquido para análise, com citologia oncótica negativa. Hemograma evidenciou aumento de hb (18,1). Durante anamnese, paciente relatou que irmão possui HH. Referiu oscilações em glicemias recentes e hipogonadismo. Exame físico não demonstrou estigmas de doença hepática crônica. Solicitado dosagem de ferritina (16100 e saturação de transferrin (58%). Sorologias para hepatite, EPO, coagulograma, AFP, enzimas hepáticas e canaliculares normais. Solicitado TC de abdome sem contraste, não mostrou quaisquer alterações hepáticas. Resultado de teste genético C282Y e H63D negativo e S65C positivo. Paciente não possuía condições financeiras para realizar outros testes genéticos. Devido ao quadro clínico do paciente e afastar outras causas, foi fechado diagnóstico de hemocromatose hereditária, sendo indicado flebotomia. Posteriormente, filho do paciente também foi diagnosticado com hemocromatose mantendo tambpem acompanhamento. **Discussão:** A HH pode se desenvolver com ausência de lesões orgânicas apesar de níveis elevados de ferro e ferritina. Recomenda-se então que os pacientes com estudos anormais de ferro sejam avaliados como pacientes com HH, mesmo na ausência de sintomas. Existem certos grupos de alto risco que devem ser alvo de avaliação, como aqueles com história familiar. Os níveis elevados de Hb e Ht podem ser secundários ao aumento da absorção de ferro pelos precursores eritróides na medula óssea. Devido ao alto custo e dificuldade de se realizar testes adicionais, foi iniciado a investigação de HH através de diagnósticos de exclusão de outras patologias hematológicas e hepáticas conforme algoritmos publicados pela Hepatology e New England. Em uma recente revisão da New England a ausência de nódulos hepáticos através de uma USG abdominal, exclui a necessidade de se realizar RNM ou TC contrastada. Nosso paciente possuía TC sem contraste sem alterações e AFP normais. A falta de estigmas de doença hepática crônica, somados a ausência de alterações laboratoriais como bilirrubinas, albumina e INR, afastou-se a necessidade de biópsia hepática para confirmação de cirrose. Como o paciente não apresentava fortes sintomas sugestivos de policitemia vera, não houve abordagem sistematizada do diagnóstico. Por questões financeiras o paciente não realizou pesquisa para JAK2. Apesar disso, possuía eritropoietina dentro dos limites da normalidade. **Conclusão:** A dificuldade de se realizar exames de alto custo, principalmente nos serviços públicos, não permite muitas vezes uma melhor elucidação dos casos, sendo necessário lançar mão de outras alternativas que nos auxiliem na busca pelo diagnóstico. A flebotomia foi realizada prontamente, no qual houve melhora do caso.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.117

ALTERAÇÕES ERITROMÉTRICAS NOS HEMOGRAMAS DE PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HELICOBACTER PYLORI: ESTUDO RETROSPECTIVO DE CENTRO ÚNICO_HC-FMB-UNESP

PGC Hannun, CM Duarte, CV Oliveira, MAM Rodrigues, Niero-Melo L.

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Objetivo: Analisar quantitativamente os dados dos eritrométricos em hemogramas dos pacientes com diagnóstico de infecção por *H. pylori*, com o escopo de qualificar o tipo de anemia e suas características fisiopatológicas. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo e transversal, no qual foram analisados prontuários eletrônicos de pacientes do HC-FMB-UNESP, com inclusão de pacientes submetidos ao exame de endoscopia digestiva alta (EDA), no ano de 2018, com diagnóstico confirmado de infecção por *H. pylori*, cujos dados eritrométricos de sangue periférico (hemograma) foram compilados e analisados por estatística descritiva. **Resultados:** 558 pacientes tiveram diagnóstico confirmado de infecção por *H. pylori* foram incluídos na análise. As médias (e desvios-padrão) dos índices foram: G.V. = 4.140.000/mm^3 (0,098)_Hb = 11,962 g/dL (2,538) _Ht = 36,503% (7,337)_VCM = 89,072 fl (8,897)_HCM = 29,152pg (3,416)_CHCM = 32,569 g/dL (1,718)_RDW = 16,500% (3,008)_plaquetas = 247.903/mm^3 (110.023). Em 260/558 pacientes (46,6%) observou-se anemia, com predominância de normocitose (66,1%, n = 260) e de normocromia (75,4%, n = 260); menores frequências de microcitose (21,5%, n = 260), macrocitose (12,3%, n = 260) e hipocromia (24,6%, n = 260). A anemia do tipo normocítica normocrômica foi a mais frequente (61,5%, n = 260). Adicionalmente, 342/558 pacientes (61,3%) apresentaram anisocitose e 58/558 pacientes (10,4%) apresentaram plaquetopenia concomitante. **Discussão:** O presente trabalho revela a provável associação entre infecção pelo *Helicobacter* pylori e alterações hematológicas subsequentes. Estudos anteriores (Kassahun et. al.; C. Hershko et al.) fortalecem a conclusão de nossos achados, em que a constatação de aumento do RDW (não só como indicativo de anisocitose, mas revelador de inequívoco stress eritropoético), além de associação da plaquetopenia, como características pertinentes ao quadro de infecção pelo *H.pylori*, acrescenta uma nova frente à discussão fisiopatológica. Assim, como inúmeros estudos apontam que a associação anemia e H. pylori se relaciona principalmente com a menor captação de ferro pelas microvilosidades intestinais, o que poderia gerar um quadro de ferrodeficiência (com ou sem anemia ferropriva), e que se caracterizaria por esperadas microcitose e hipocromia, observamos em apenas 52/260 pacientes; ou seja, 19,6% dos pacientes anêmicos estudados. Os frequentes achados de normocromia e normocitose apontam para provável atividade inflamatória associada ao *H.pylori*, em que a gastrite seria responsável pela ação da hepcidina que se imporia sobre a resposta ao stress eritropoético, inibindo a contraparte da ação da eritropoetina (EPO), levando à menor resposta da medula óssea (MO) no setor eritroide. Mais investigações deverão prosseguir para refinar o conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes a essas alterações, levando à compreensão plena e consequentes implicações

clínicas e terapêuticas. **Conclusões:** Nossos resultados indicam a importância da avaliação hematológica de pacientes com sintomas dispépticos com anemia, seja nomocítica e normocrômica, com anisocitose, e que apontam para possível infecção pelo *H. pylori*.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.118

FRATURAS ÓSSEAS SECUNDÁRIAS À TERAPIA COM FERRO ENDOVENOSO EM PACIENTES COM TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITÁRIA: RELATO DE CASOS

AL Oliveira, ACLD Nascimento, FGB Chaves, LFBH Junior, CP Marques, AID Ennes, CFCS Filho, J Rays, JT Hidal, N Hamerschlak

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A telangiectasia hemorrágica hereditária (THH) é um distúrbio hemorrágico raro. Manifesta com malformação de vasos sanguíneos que resultam em sangramentos e anemia ferropriva. A reposição de ferro é necessária e a carboximaltose férrica (CMF) está sendo cada vez mais utilizada visto sua eficácia e posologia. Uma complicação relacionada à medicação é a hipofosfatemia causada pela hipersecreção do hormônio fator regulador de crescimento de fibroblastos 23 (FGF-23), podendo gerar lesões ósseas. Relatamos dois casos clínicos com diagnóstico de THH em uso frequente de CMF que apresentaram fraturas ósseas patológicas como evento adverso. **Caso 1:** Paciente masculino, 75 anos, realiza aplicações mensal de CMF há 6 anos. Evoluiu com queixa de dor em região do quadril e costelas a direita. Investigação com ressonância nuclear magnética (RNM) de quadril direito com fratura incompleta femoral; Tomografia computadorizada (TC) de tórax com fraturas costais mais evidentes no 1° e 2° arcos direitos, no 2°, 4°, 5°, 6°, 8°e 10° arcos esquerdos e densitometria óssea com osteoporose. Exames laboratoriais com Paratormônio (PTH) pg/mL 51,2 (15-65); Calcio iônico (CAi) mmol/L: 1,26 (1,14 - 1,31); fosfatase alcalina (FAL) U/L: 152 (40-129); fósforo mg/dL: 1,2 (2,5 - 4,5); Creatinina mg/dL 0,83 (0,7 - 1,2); Vitamina D ng/mL: 44; eletroforese de proteínas normal. Caso 2: Paciente masculino, 56 anos, realiza aplicações de CMF a cada dois meses. Evoluiu com fraturas no 3° arco costal esquerdo e 6°arco costal direito comprovada por TC de tórax; fraturas do táluse osso navicular direito descritas em RNM de tornozelo e densitometria óssea com osteopenia. Exames laboratoriais com PTH pg/mL: 68,9; Cai mmol/L: 1,19; FAL U/L: 358; Fosforo mg/dL: 2,1; Creatinina mg/dL: 0,87; Vitamina D ng/mL: 36; eletroforese de proteínas normal; FGF 23 kRU/L: 123 (26-110). Diante dos casos levantada hipótese de hipofosfatemia e fraturas ósseas induzidas pelo uso crônico da CMF. Realizada troca da formulação para Sacarose férrica e iniciado reposição de fósforo, vitamina D e cálcio. **Discussão:** A hipofosfatemia secundária a CMF está associada ao aumento do FGF-23, causando redução da reabsorção renal de fosfato e aumento da excreção urinária. A ativação da vitamina D também é inibida, induzindo a hipocalcemia leve e aumento da concentração de PTH. Níveis baixos de fosfato e cálcio prejudicam a mineralização do osso. Sugerem-se que os principais fatores de risco associados são aformulação do ferro e a dose cumulativa. Portadores de doença renal crônica são menos acometidos devido a menor taxa de filtração de fosfato. Embora não haja estudos com comparativos há descrição que a incidência de sintomas é maior com CMF do que com a sacarose férrica. É indicado a dosagem de fósforo para pacientes que realizam infusões frequentes de ferro e investigação de lesões ósseas na presença de sintomas. Diante do diagnóstico, a medida mais eficaz é interrupção da CMF e troca por outra formulação. É preconizado a reposição de fosfato, vitamina D, cálcio e seguimento clínico adequado. **Conclusão:** A terapia com CMF pode causar hipofosfatemia e, em alguns casos, induzir osteomalacia grave com fraturas múltiplas. É importante o reconhecimento das complicações relacionadas à medicação para oferecer prevenção e tratamento adequado ao paciente.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.119

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO POR ANEMIAS CARENCIAIS NO ESTADO DO ACRE, ENTRE 2011 A 2020: UMA ANÁLISE NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

TRJ Gonçalves, ALPS Guimarães, MS Bandeira, EA Teles, AM Pereira, YPD Santos, SS Gomes, MGA Nascimento, TS Oliveira, CF Mendes

Universidade Federal do Acre (UFAC), Rio Branco, AC, Brasil

Objetivos: Analisar e descrever o perfil clínico-epidemiológico dos quadros de anemias carenciais na população pediátrica acreana entre 2011 a 2020. **Materiais e métodos:** Estudo de série temporal, de base populacional utilizando-se dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) entre 2011 e 2020, referentes ao número de internações, com ênfase na idade de 0 a 19 anos, disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tabulados com auxílio do programa Excel. **Resultados:** Na população etária de 0 a 19 anos do Acre, a prevalência se dá no sexo masculino, sendo esse um padrão que se repete em outros estados da região Norte (Amapá, Amazonas, Rondônia e Tocantins). Já em relação à cor/raça, identifica-se no Acre prevalência na população parda, seguida da população indígena, amarela e branca. Quanto ao perfil clínico, cerca de 62,84% são anemias carenciais, o que se encontra acima da média nacional; a morbidade hospitalar no estado, contudo, tem incidência maior entre outras anemias (como a falciforme). **Discussão:** Presença da anemia torna-se um problema de saúde pública, dado que, no Brasil, é uma das principais deficiências nutricionais na infância e adolescência, com a prevalência da anemia por deficiência de ferro (ADF), relacionada à desnutrição, além de outros fatores como sangramento gastrointestinal, maior demanda por micronutrientes, diminuição da absorção dos nutrientes envolvida com as parasitoses. Esse último fator, apresenta uma importância na Região Norte, em que há uma prevalência de parasitoses de 98,11%, vinculado, principalmente, à falta de saneamento básico e práticas inadequadas de higiene