

## ANTICOAGULANTE LÚPICO

### Material de Coleta:

Plasma pobre em plaquetas (PPP) colhido com citrato a 3,2%.

### Preparo do paciente:

O paciente deve informar todos os medicamentos tomados nos últimos sete dias, especialmente anticoagulante oral e heparina. Para usuários de heparina Em injeções intermitentes devem colher o exame uma hora antes da próxima dose. Caso a heparina já tenha sido aplicada, a coleta deve ser feita três horas após a aplicação. Esta orientação não vale para usuários de heparina em infusão contínua.

### Descrição do Exame:

Anticoagulante Lúpico

### Método:

Colher tubo de citrato totalmente preenchido, tanto para adultos como crianças, sem garrotear ou com garroteamento mínimo. Centrifugar imediatamente após a coleta (3000 rpm por 15 minutos). - Separar o plasma cuidadosamente, transferindo-o para um tubo plástico. Cuidado para não tocar a ponteira na camada de células, pois isto pode contaminar o plasma com plaquetas. - Repetir o processo de centrifugação transferindo novamente o sobrenadante para outro tubo com os mesmos cuidados anteriores a fim de garantir um plasma com menos de 5.000 plaquetas por mm<sup>3</sup> de plasma. - Contar o número de plaquetas residual e caso tenha mais de 5.000/mm<sup>3</sup> repetir o processo de centrifugação. - Separar o plasma e congelar imediatamente. - Enviar o material congelado em gelo seco, com volume mínimo de 2 mL de plasma pobre em plaquetas.

### Consevação:

Congelado -20°C:3 dias

### Interferentes:

Presença de plaqueta > 5000/mm<sup>3</sup>

### Valor de Referência:

1ª etapa: testes de triagem TTPA menor ou igual a 1,20: ausência de inibidor dRVVT menor ou igual a 1,20 ausência de inibidor 2ª etapa: Se há "correção" do tempo obtido na 1ª etapa = deficiência de fator(es) Se NÃO há "correção" do tempo obtido na 1ª etapa = Presença de um inibidor 3ª etapa: testes confirmatórios RVVT Confirmatório menor ou igual a 1,19 = AUSÊNCIA de inibidor inespecífico (Anticoag. Lúpico)

### Interpretação:

Os anticoagulantes lúpicos (LAC), assim como os anticorpos anticardiolipina (ACA), são imunoglobulinas antifosfolípídicas heterogêneas, pertencentes às classes IgG, IgM ou IgA, que interferem nos testes de coagulação fosfolípide-dependentes. Esses anticorpos podem ocorrer em duas síndromes intimamente relacionadas, porém clínica, bioquímica e laboratorialmente distintas: a síndrome antifosfolípídica primária e a síndrome antifosfolípídica secundária. Ambas se associam a manifestações tromboembólicas (venosas, arteriais e de microcirculação) em qualquer tecido ou órgão e a complicações da gestação (abortos espontâneos de repetição, morte fetal e nascimento de prematuros). LACs e ACAs podem estar presentes nas quatro situações abaixo especificadas: 1) Em indivíduos normais, sem doença de base. 2) Em portadores de afecções de base, entre as quais: \*doenças auto-imunes (lúpus eritematoso sistêmico, anemia hemolítica auto-imune e artrite reumatóide); \*doenças do tecido conjuntivo; \*neoplasias malignas; \*quadros neurológicos (acidente cerebral isquêmico, acidente isquêmico transitório, epilepsia, coréia, enxaqueca,

esclerose múltipla, amaurose fugaz, mielite transversa, síndrome de Sneddon e síndrome de Guillain-Barré); \*quadros cardíacos: doença valvular mitral e coronariana; \*quadros dermatológicos: livedo reticularis e necrose de dedos e dérmica; \*quadros hematológicos: anemia hemolítica Coombs-positiva. 3) Durante o uso de medicamentos (hidralazina, procainamida, interferon, clorpromazina, quinidina, fenitoína e vários antibióticos, entre outros). 4) Pós-infecções virais (HIV), bacterianas (amigdalite inespecífica) ou parasitárias (Pneumocystis). \* Convém ressaltar que o LAC e o ACA não são os mesmos anticorpos e podem ocorrer independentemente. Na vigência de suspeita clínica, ambos devem ser pesquisados.

**Setor:**

Hematologia