

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: HEMATOLOGIA ADULTO	3
Mudanças da nova versão	4
Protocolo 1 – Citopenias	5
Protocolo 2 – Anemia.....	6
Protocolo 3 – Policitemia.....	7
Protocolo 4 – Trombocitopenia	8
Protocolo 5 – Trombocitose	9
Protocolo 6 – Leucopenia	10
Protocolo 7 – Leucocitose.....	11
Protocolo 8 – Distúrbios Hemorrágicos.....	12
Protocolo 9 – Trombofilias	13
Protocolo 10 – Linfonomegalia Periférica e Esplenomegalia	14
Protocolo 11 – Neoplasias Hematológicas.....	16
Protocolo 12 – Hiperferritinemia.....	18
REFERÊNCIAS.....	19
APÊNDICES – QUADROS E FIGURAS AUXILIARES	24

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Hematologia Adulto

O protocolo de Hematologia Adulto será publicado como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Hematologia Adulto. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia hematológica devem ter preferência no encaminhamento e devem ser direcionados a serviços de Oncologia Hematologia. Aqueles com trombocitopenia < 50.000 plaquetas/mm³ e sintomas hemorrágicos, leucocitose > 50.000 células/mm³, doença falciforme, anemia hemolítica, suspeita clínica de distúrbios hemorrágicos, trombocitose > 1.000.000 plaquetas/mm³ ou policitemia persistente acompanhadas de alto risco de eventos tromboembólicos devem ter preferência no encaminhamento para Hematologia quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Os pacientes com critérios para encaminhamento para Oncologia devem ser atendidos nas agendas oncológicas respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia e legislação vigente. O nome das agendas oncológicas por especialidades ou sistemas pode variar de acordo com as referências regionais estabelecidas nos UNACONS/CACONS, estando apresentadas neste protocolo conforme a portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Elaborado em 8 de novembro de 2016.

Última revisão em 23 de fevereiro de 2023.

Protocolo 1 – Citopenias (Bicitopenia ou Pancitopenia)

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasias hematológicas: sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional), sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de mucosas), fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes, dor óssea, prurido, esplenomegalia e/ou linfadenopatia não explicadas por quadro infeccioso agudo, em vigência de bicitopenia ou pancitopenia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência (preferencialmente com suporte de hematologista):

- citopenia grave¹ e manifestações clínicas suspeitas de neoplasia hematológica;
- presença de blastos ou de formas leucocitárias mais jovens (mielócitos, promielócitos e metamielócitos) no sangue periférico e manifestações clínicas suspeitas de neoplasia hematológica;
- neutropenia febril (< 1.500 neutrófilos/mm³);
- bicitopenia/pancitopenia grave:
 - hemoglobina < 7 g/dL; e/ou
 - neutrófilos < 500 células/mm³; e/ou
 - plaquetas < 50.000 células/mm³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- citopenias, sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns na APS ([quadro 1](#), [quadro 2](#), [figura 1](#), [figura 2](#) e [figura 3](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Hematologia:

- citopenia grave¹ e manifestações clínicas suspeitas de neoplasia hematológica, após avaliação em emergência;
- diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imunistoquímico de neoplasia hematológica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever sintomas constitucionais, exame físico abdominal, presença de linfonodomegalias e outras alterações relevantes no exame físico);
2. resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia, se presente) e número de plaquetas, com data;
3. resultado de exames realizados, com data, para excluir causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade. Na ausência de suspeita clínica para direcionar investigação, descreva: testes rápidos para HBV, HCV, HIV (ou anti-HCV, anti-HIV, HBsAg), aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), creatinina, albumina, GGT, tempo de protrombina, TSH, vitamina B12, ácido fólico e LDH;
4. anexar resultado de ecografia abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
5. medicamentos em uso (revisar [quadro 1](#) e [quadro 2](#));
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Citopenia grave é definida como hemoglobina < 7 g/dL, neutrófilos < 500 células/mm³ ou plaquetas < 50.000 células/mm³.

Protocolo 2 – Anemia

Atenção: não há indicação de encaminhamento ao serviço especializado de pessoas exclusivamente com traço falciforme ou com traço talassêmico alfa ou beta. Essas pessoas podem seguir acompanhamento na APS com orientações sobre a sua condição genética.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência (preferencialmente com suporte de hematologista):

- anemia sintomática (dispneia, taquicardia, hipotensão) e/ou instabilidade hemodinâmica;
- doença falciforme com crise álgica ou outros sinais de gravidade (febre alta, priapismo, dispneia, dor torácica, dor abdominal de difícil manejo, alterações neurológicas agudas e diminuição abrupta da taxa hemoglobínica > 2 g/dL);
- presença de citopenias graves concomitantes:
 - neutrófilos < 500 células/mm³; e/ou
 - plaquetas < 50.000 células/mm³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- suspeita ou diagnóstico de anemia falciforme ou de outras hemoglobinopatias ([quadro 3](#));
- suspeita ou diagnóstico de anemias hemolíticas ([quadro 4](#));
- anemia por causa desconhecida após investigação inconclusiva na APS ([figura 1](#), [figura 2](#) e [figura 3](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de solicitação de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) e Colonoscopia ou encaminhamento para Gastroenterologia (se EDA e/ou colonoscopia não disponíveis na APS):

- investigação de anemia por deficiência de ferro de causa desconhecida (hemoglobina < 13 g/dL em homens ou < 12 g/dL em mulheres), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data;
3. se suspeita ou diagnóstico de hemoglobinopatias, descreva resultado de eletroforese de hemoglobina;
4. resultado de exames complementares realizados na investigação de anemia, conforme VCM ([figura 1](#), [figura 2](#) e [figura 3](#));
5. tratamento prévio e atual para anemia (medicamento utilizado com dose, posologia e tempo de uso);
6. presença de comorbidades (como doença renal crônica, hepatopatias, HIV, hepatite C) que cursem com citopenias (sim ou não). Se sim, descreva;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Policitemia

Policitemia é definida como aumento da concentração periférica de hemoglobina e/ou do hematócrito:

- em mulheres - hemoglobina > 16,0 g/dL e/ou hematócrito > 48%;
- em homens - hemoglobina > 16,5 g/dL e/ou hematócrito > 49%.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- policitemia em pessoas com sintomas sugestivos de policitemia vera: prurido após o banho, eritromelalgia¹, gota, trombose venosa ou arterial prévia, sangramento, esplenomegalia, perda ponderal;
- policitemia persistente em 2 hemogramas realizados com intervalo de 1 mês, após exclusão de causas secundárias (DPOC, tabagismo, uso de hormônios androgênicos, neoplasias) na APS ([quadro 5](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Hematologia (preferencialmente) ou Hematologia:

- diagnóstico de policitemia vera (com biópsia de medula óssea ou mutação de JAK2 presente).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (prurido após o banho, eritromelalgia¹, gota, trombose venosa ou arterial prévia, sangramento, esplenomegalia, perda ponderal);
2. tabagismo atual ou passado (sim ou não). Se sim, estimar carga tabágica (em anos-maço);
3. apresenta comorbidades (sim ou não). Se sim, descreva;
4. todos os medicamentos em uso;
5. resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data (descrever 2 resultados com intervalo de 1 mês entre eles);
6. anexar laudo de exames de imagem (radiografia de tórax, ecografia abdominal), preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
7. resultado da dosagem de eritropoetina sérica e gasometria arterial (se disponíveis), com data;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Eritromelalgia é a vasodilatação paroxística de pequenas artérias de pés e mãos e, com menor frequência, de face, orelhas e joelhos, desencadeando dor em queimação, aumento da temperatura da pele e rubor.

Protocolo 4 – Trombocitopenia (Plaquetopenia)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência (preferencialmente com suporte de hematologista):

- trombocitopenia inferior a 20.000 plaquetas/mm³;
- presença de citopenias graves concomitantes:
 - hemoglobina < 7 g/dL; e/ou
 - neutrófilos < 500 células/mm³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- trombocitopenia persistente após exclusão de pseudoplaquetopenia¹ e causas secundárias na APS ([quadro 1](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever manifestações hemorrágicas atuais e prévias, exame físico abdominal, presença de linfonodomegalia, sintomas constitucionais e outras alterações relevantes no exame físico);
2. resultado de hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas (se pessoa com trombocitopenia isolada persistente sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames. Se plaquetopenia < 50.000 células/mm³, descreva dois resultados com intervalo mínimo de 1 semana entre os exames), com data;
3. resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade: testes rápidos para HBV, HCV, HIV (ou anti-HCV, anti-HIV, HBsAg), AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, albumina, GGT, tempo de protrombina, TSH, vitamina B12, ácido fólico e LDH;
4. anexar laudo de ecografia abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
5. apresenta comorbidades não hematológicas que podem cursar com trombocitopenia (sim ou não). Se sim, descreva;
6. todos os medicamentos em uso;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Pseudoplaquetopenia pode ocorrer em até 0,1% da população. Em pacientes com trombocitopenia isolada sem critérios de gravidade, sugere-se repetir o exame solicitando nova coleta em citrato ou contagem de plaquetas em lâmina (contagem de Fônio) ou em câmara de Newbauer.

Protocolo 5 – Trombocitose

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência (preferencialmente com suporte de hematologista):

- trombocitose com contagem superior a 1.000.000 plaquetas/mm³ e presença de sangramento ou trombose associados.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- trombocitose com contagem superior a 1.000.000 plaquetas/mm³ e presença de sangramento ou trombose associados, após avaliação em serviço de urgência/emergência;
- trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso/inflamatório atual, ferropenia, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente) na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (sintomas constitucionais, sangramentos, sintomas vasomotores, trombooses prévias);
2. apresenta história compatível com causa secundária (quadro infeccioso atual, história de trauma/cirurgia recente, esplenectomia prévia, ferropenia associada) (sim ou não). Se sim, descreva;
3. resultado de hemograma completo (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas, com data (descrever 2 resultados dos exames com intervalo de 30 dias para confirmação da persistência da alteração);
4. resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias: velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa, ferritina, e índice de saturação de transferrina;
5. se anemia concomitante, descreva resultado de ferritina, com data;
6. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Leucopenia

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasias hematológicas: sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional), sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de gengiva), fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes, dor óssea, prurido, esplenomegalia e/ou linfadenopatia não explicadas por quadro infeccioso agudo, em vigência de bicitopenia ou pancitopenia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência (preferencialmente com suporte de hematologista):

- neutropenia febril (< 1.500 neutrófilos/mm³);
- presença de citopenias graves concomitantes:
 - hemoglobina < 7 g/dL; e/ou
 - neutrófilos < 500 células/mm³; e/ou
 - plaquetas < 50.000 células/mm³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- leucopenia persistente após exclusão de causas secundárias na APS ([quadro 2](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Hematologia:

- leucopenia e citopenia grave em paciente com manifestações clínicas suspeitas de neoplasia hematológica, após avaliação em emergência;
- diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imunoistoquímico de neoplasia hematológica.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever exame físico abdominal, presença de linfonodomegalias, sintomas constitucionais ou outras alterações relevantes no exame físico);
2. resultado de hemograma (descrever hematoscopia se presente) e número de plaquetas (se pessoa com leucopenia sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com intervalo mínimo de 1 mês entre os exames), com data;
3. resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias em pessoas sem critérios de gravidade: testes rápidos para HBV, HCV, HIV (ou anti-HCV, anti-HIV, HBsAg), AST/TGO, ALT/TGP, creatinina, albumina, GGT, tempo de protrombina, TSH, vitamina B12, ácido fólico e LDH;
4. anexar laudo de ecografia abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
5. todos os medicamentos em uso;
6. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 7 – Leucocitose

Manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda: fadiga generalizada, fraqueza, palidez, sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de mucosas), infecções recorrentes, esplenomegalia e/ou linfadenopatia não explicadas por quadro infeccioso agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência (preferencialmente com suporte de hematologista):

- leucocitose e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda;
- presença de blastos e/ou promielócitos no sangue periférico e manifestações clínicas suspeitas de leucemia aguda;
- hiperleucocitose (leucócitos > 100.000 células/mm³), exceto em pacientes com leucemia linfocítica crônica;
- leucocitose e presença de sintomas sugestivos de leucostase (sintomas respiratórios, neurológicos, priapismo).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- leucocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadros infecciosos, medicamentos - como lítio, carbamazepina, salbutamol, fenoterol, corticosteroides) na APS;
- eosinofilia persistente após exclusão de causas secundárias na APS ([quadro 6](#)).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Hematologia:

- leucocitose persistente sugestiva de neoplasia hematológica:
 - leucocitose persistente às custas de linfócitos (> 4.000 células/mm³ e inversão da proporção entre neutrófilos segmentados e linfócitos), ou manchas de Gumprecht no esfregaço de sangue periférico (sugestivas de linfoproliferação crônica); ou
 - leucocitose persistente às custas de granulócitos, com presença de formas jovens (desvio à esquerda), na ausência de causas secundárias, como processo infeccioso ou uso de medicamentos; ou
 - monocitose persistente (> 1.000 células/mm³), na ausência de causas secundárias como infecções, uso de corticosteroides, malignidade, pós-esplenectomia, doenças autoimunes e vasculites.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever sintomas constitucionais, eventos hemorrágicos ou trombóticos, exame físico completo);
2. resultado de dois hemogramas/leucogramas, com diferença de 2 a 4 semanas (com exceção de hiperleucocitose ou outros sinais de gravidade);
3. se eosinofilia isolada, foi realizado tratamento empírico para parasitose (sim ou não). Se sim, descreva;
4. uso de medicamento que causa leucocitose (lítio, carbamazepina, salbutamol, fenoterol, corticosteroides) (sim ou não). Se sim, descreva;
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 8 – Distúrbios Hemorrágicos

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- suspeita de coagulopatia pela presença de:
 - sangramento excessivo após pequenos cortes ou procedimentos; ou
 - presença de sangramentos espontâneos como hematomas, menorragia desde a menarca, hemartroses; ou
 - história familiar de distúrbio hemorrágico em parente de primeiro grau; ou
 - tempo de protrombina (TP) e/ou tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) acima dos valores de normalidade ([quadro 7](#)), após exclusão de causas secundárias (doença hepática, síndrome nefrótica e uso de anticoagulantes) na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever histórico de manifestações hemorrágicas - presença de menorragia, melena/hematêmese, equimose, petéquias), com frequência e situações desencadeantes. Incluir alterações relevantes no exame físico;
2. resultados de dois exames de TP e TTPa (repetir o exame alterado), com data;
3. resultados de exames laboratoriais para investigação de causa secundária (hemograma, plaquetas, AST/TGO, ALT/TGP, albumina, GGT, creatinina e EQU/EAS/urina tipo 1, com data);
4. resultado de ecografia abdominal, com data (se realizado);
5. histórico familiar de distúrbios hemorrágicos (sim ou não). Se sim, indique qual o distúrbio e grau de parentesco;
6. todos os medicamentos em uso;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 9 – Trombofilias

Não há indicação de encaminhar para Hematologia ou Medicina Interna pacientes com diagnóstico de trombofilia para anticoagulação. Esses casos devem manter seguimento na Atenção Primária à Saúde. Entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543 caso seja necessário auxílio com o tratamento.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- suspeita clínica de trombose venosa profunda (TVP) ([quadro 8](#));
- suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) ([quadro 9](#));
- suspeita clínica de trombose arterial.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia ou Medicina Interna:

- episódio de tromboembolismo venoso (TEV) idiopático¹ em pessoa com uma ou mais das seguintes características:
 - episódio de TEV ocorreu antes dos 45 anos; ou
 - história de TEV antes dos 45 anos em familiar de primeiro grau; ou
 - TEV em sítio incomum² (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral);
- TEV recorrente (dois ou mais eventos tromboembólicos);
- pacientes com história de aborto recorrente (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana gestacional), após exclusão de causa ginecológica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- pacientes com história de aborto recorrente (perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 20ª semana gestacional).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Vascular:

- síndrome pós-trombótica (insuficiência venosa secundária a trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratária ao tratamento conservador na APS (exercícios, elevação de membros, terapia compressiva) por 6 meses.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do episódio de TEV, localização, conduta realizada na emergência e data do evento;
2. paciente em uso de anticoagulante (sim ou não). Se sim, descreva;
3. apresenta episódios recorrentes de TEV (sim ou não). Se sim, descreva;
4. apresenta fatores de risco ou fatores desencadeantes para TEV (sim ou não). Se sim, descreva;
5. histórico familiar de TEV (sim ou não). Se sim, indicar grau de parentesco e idade no acometimento;
6. se abortos de repetição, histórico do aborto e descrição da avaliação com serviço de ginecologia;
7. anexar laudo de exames realizados na investigação, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Tromboembolismo idiopático:

- não explicado por fatores de risco transitórios nos últimos 3 meses: cirurgia, trauma, imobilização (restrição ao leito ou pessoa que passa a maior parte do dia na cama ou cadeira), gravidez ou puerpério, uso de anticoncepcional hormonal; e
- ausência de neoplasia ativa conhecida, diagnóstico de trombofilia ou história familiar de tromboembolismo venoso/trombofilias.

²Trombose retiniana não é considerada sítio incomum.

Protocolo 10 – Linfonodomegalia Periférica e Esplenomegalia

Há diversas causas para linfonodomegalias e, portanto, as características clínicas, exame físico e exames complementares são fundamentais para orientar o encaminhamento para o serviço especializado mais apropriado. A investigação de linfonodomegalias na APS pode ser consultada no [quadro 10](#) e na [figura 4](#).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna (preferencialmente) ou Hematologia:

- esplenomegalia isolada não associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Hematologia:

- linfonodomegalia/esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência;
- linfonodomegalia associada a sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional);
- linfonodomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo;
- diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imunoistoquímico de neoplasia hematológica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- esplenomegalia associada à hepatopatia crônica.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Infectologia:

- suspeita de tuberculose extrapulmonar na impossibilidade de diagnóstico (biópsia de linfonodo) na APS ou no serviço de Tisiologia;
- suspeita ou diagnóstico de infecção por *Micobactéria* não tuberculosa¹, na impossibilidade de resolução no serviço de Tisiologia;
- suspeita ou diagnóstico de infecção fúngica (histoplasmose e paracoccidiomicose);
- suspeita clínica e epidemiológica persistente de esquistossomose, após 3 amostras negativas de exame parasitológico de fezes² e sorologia positiva;
- suspeita ou diagnóstico de leishmaniose visceral, quando não for possível tratamento e seguimento na APS (casos graves ou casos leves a moderados sem condições técnicas).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional) ou Cirurgia Geral:

- linfonodomegalia supraclavicular;
- linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
- linfonodomegalia persistente (≥ 2 cm) após 4 semanas sem causa definida após investigação na APS ([quadro 10](#) e [figura 4](#)).

¹Essas condições clínicas devem ser avaliadas inicialmente em serviço de Tisiologia (referência secundária), que poderá solicitar avaliação em serviço de referência terciária, conforme o fluxo local.

²O diagnóstico laboratorial básico consiste na realização de exames coproscópicos. O método quantitativo de Kato-Katz é preferencial, mas métodos qualitativos de sedimentação espontânea (método de Lutz, método Hoffman ou Pons e Janer) são uma alternativa para detecção de ovos. Diante de suspeita persistente com busca negativa de ovos nas fezes, cabe a investigação laboratorial por sorologia por imunofluorescência direta ou ELISA.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica:

- linfonodomegalia mediastinal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (exame físico abdominal, presença de sintomas constitucionais e outras alterações relevantes);
2. se linfonodomegalia:
 - a. características do(s) linfonodo(s) (tamanho, localização, consistência, fixação a planos profundos e tempo de evolução do quadro);
 - b. resultado de hemograma e plaquetas (descrever microscopia, quando presente), com data;
 - c. resultado de exames, quando indicados, com data: radiografia de tórax, testes rápidos para HIV, HCV, HBV e sífilis (ou anti-HIV, anti-HCV, HBsAg, teste treponêmico), monoteste (anticorpos heterófilos), sorologia para toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para citomegalovírus IgM e IgG;
3. se esplenomegalia:
 - a. hipótese diagnóstica;
 - b. resultado dos exames diagnósticos, conforme a condição suspeita (amostra de fezes, sorologias);
 - c. anexar laudo de exame de imagem abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra seu resultado, com data (se realizado) e exames para avaliação hepática (AST/TGO, ALT/TGP, tempo de protrombina, albumina, GGT);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 11 – Neoplasias Hematológicas

Manifestações clínicas suspeitas de neoplasias hematológicas: sintomas B (febre, sudorese noturna e emagrecimento não intencional), sangramentos (petéquias, equimoses, sangramentos de gengiva), fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes, dor óssea, prurido, esplenomegalia e/ou linfadenopatia não explicadas por quadro infeccioso agudo, em vigência de bicitopenia ou pancitopenia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviços de urgência/emergência (preferencialmente com suporte de hematologista):

- citopenia ou leucocitose ou presença de blastos em paciente com manifestações clínicas suspeitas de neoplasias hematológicas;
- bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como:
 - hemoglobina < 7 g/dL; e/ou
 - neutrófilos < 500 células/mm³; e/ou
 - plaquetas < 50.000 células/mm³;
- citopenia grave¹ em pessoa com linfonodomegalia e esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo;
- neutropenia febril (< 1.500 neutrófilos/mm³);
- hiperleucocitose (leucócitos > 100.000 células/mm³), exceto em pacientes com leucemia linfocítica crônica;
- leucocitose e presença de sintomas sugestivos de leucostase (sintomas respiratórios, neurológicos, priapismo);
- suspeita de lise tumoral (sintomas como náusea, vômito, diarreia, letargia, câimbras, arritmia) ou sintomas compressivos (como dispneia, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner) em pessoa com massas linfonodais grandes;
- trombocitopenia < 20.000 plaquetas/mm³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Hematologia:

- linfonodomegalia/esplenomegalia com alterações hematológicas concomitantes, sem indicação de internação/emergência;
- linfonodomegalia associada a sintomas B;
- linfonodomegalia com esplenomegalia não associada a quadro infeccioso agudo;
- diagnóstico citológico, histopatológico e/ou imunoistoquímico de neoplasia hematológica;
- leucocitose persistente sugestiva de neoplasia hematológica:
 - leucocitose persistente às custas de linfócitos (> 4.000 células/mm³ e inversão da proporção entre neutrófilos segmentados e linfócitos), ou manchas de Gumprecht no esfregaço de sangue periférico (sugestivas de linfoproliferação crônica); ou
 - leucocitose persistente às custas de granulócitos, com presença de formas jovens (desvio à esquerda), na ausência de causas secundárias, como processo infeccioso ou uso de medicamentos; ou
 - monocitose persistente (> 1.000 células/mm³), na ausência de causas secundárias como infecções, uso de corticosteroides, malignidade, pós-esplenectomia, doenças autoimunes e vasculites; ou
- quadro clínico sugestivo de gamopatia monoclonal (ex. mieloma múltiplo): anemia, hipercalcemia, perda de função renal, fraturas patológicas e/ou alteração monoclonal identificada na eletroforese de proteínas séricas.

¹Citopenia grave é definida como hemoglobina < 7 g/dL, neutrófilos < 500 células/mm³ ou plaquetas < 50.000 células/mm³.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia:

- citopenias (anemia, leucopenia, trombocitopenia), sem critérios de gravidade, após exclusão de causas secundárias comuns na APS ([quadro 1](#), [quadro 2](#), [figura 1](#), [figura 2](#) e [figura 3](#));
- policitemia¹ persistente após exclusão de causas secundárias na APS;
- trombocitose persistente após exclusão de causas secundárias (quadro infeccioso atual, anemia por deficiência de ferro, esplenectomia/asplenia, trauma/cirurgia recente) na APS;
- esplenomegalia isolada não associada à hepatopatia crônica ou quadro infeccioso agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para biópsia de linfonodo (especialidades diversas, conforme principal suspeita clínica e disponibilidade de referência regional) ou Cirurgia Geral - [figura 4](#):

- linfonodomegalia supraclavicular;
- linfonodomegalia com características de malignidade (indolor, aderido a tecidos profundos, endurecido, massa de linfonodos fusionados);
- linfonodomegalia (≥ 2 cm) persistente por mais de 4 semanas sem causa definida após investigação na APS.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Cirurgia Torácica:

- linfonodomegalia mediastinal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever sintomas B, tempo de evolução, história de manifestações hemorrágicas ou trombóticas; exame físico (incluindo descrição de palpação abdominal), presença de linfonodomegalias e outras alterações relevantes);
2. resultado de hemograma completo (descrever microscopia, se presente) e número de plaquetas, com data (se citopenias ou leucocitose persistentes, sem critérios de gravidade, descreva dois resultados de hemograma e plaquetas com diferença de 2 a 4 semanas (com exceção de hiperleucocitose ou outros sinais de gravidade);
3. se linfonodomegalias, descrever as características (tamanho, consistência, fixação a planos profundos) e localização dos linfonodos;
4. resultado dos exames complementares na investigação de linfonodomegalia periférica ou alterações observadas no hemograma ([quadro 10](#) e [figura 4](#));
5. resultado de exames complementares na investigação de causas secundárias de citopenias em pessoas sem critérios de gravidade. Na ausência de suspeita clínica para direcionar investigação, descreva: testes rápidos para HBV, HCV, HIV (ou anti-HCV, anti-HIV, HBsAg), aminotransferases (AST/TGO e ALT/TGP), creatinina, albumina, GGT, tempo de protrombina, TSH, vitamina B12, ácido fólico, velocidade de hemossedimentação e LDH;
6. medicamentos em uso (revisar [quadro 1](#) e no [quadro 2](#));
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Policitemia é definida como aumento da concentração periférica de hemoglobina e/ou do hematócrito:

- em mulheres - hemoglobina > 16,0 g/dL e/ou hematócrito > 48%;
- em homens - hemoglobina > 16,5 g/dL e/ou hematócrito > 49%.

Protocolo 12 – Hiperferritinemia

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Hematologia, Gastroenterologia ou Medicina Interna:

- suspeita de hemocromatose¹ (hiperferritinemia com índice de saturação de transferrina maior que 45%).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- hiperferritinemia e suspeita de cirrose.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Medicina Interna:

- hiperferritinemia após exclusão de causas secundárias na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. índice de massa corporal (IMC);
3. resultado de ferritina sérica, com data;
4. resultado de índice de saturação da transferrina, com data;
5. descreva os seguintes exames, com data: hemograma e número de plaquetas (descrever hematoscopia se presente), transaminases (AST/TGO e ALT/TGP), fosfatase alcalina, GGT, testes rápidos para HBV, HCV e HIV (ou anti-HIV, anti-HCV, HBsAg), glicemia, perfil lipídico (colesterol total, HDL e triglicerídeos), proteína C reativa;
6. anexar laudo de ecografia abdominal, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
7. todos os medicamentos em uso;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

¹Se suspeita de sobrecarga transfusional, encaminhar para Hematologia.

Apêndices – quadros e figuras auxiliares

Quadro 1 – Causas e investigação de trombocitopenia secundária.

Causas	Investigação
Infecções agudas e crônicas (como COVID-19, dengue, chikungunya, rubéola, varicela, parvovírus, Epstein-Barr, <i>Helicobacter pylori</i> , citomegalovírus, leptospirose, hepatites B e C, HIV e tuberculose).	Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita. Caso haja diagnóstico de infecção aguda, reavaliar contagem plaquetária após 4 semanas da resolução do quadro agudo. Na ausência de suspeita clínica específica solicitar testes rápidos para HBV, HCV, HIV (ou anti-HCV, anti-HIV, HBsAg).
Doença hepática crônica.	Avaliar história de consumo abusivo de álcool e manifestações clínicas de doença hepática crônica ou hepatoesplenomegalia. Complementar investigação com: testes rápidos para HBV, HCV, (ou anti-HCV, HBsAg), AST/TGO, ALT/TGP, albumina, GGT, tempo de protrombina e ecografia abdominal.
Doenças reumatológicas (como Lúpus e Síndrome antifosfolípideo).	Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica para solicitar FAN.
Deficiência de nutrientes.	Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12 e ácido fólico.
Medicamentos.	Investigar uso de medicamentos como: antibióticos betalactâmicos (penicilina, cefalosporinas), sulfametoxazol-trimetoprima, carbamazepina, fenitoína, ácido valproico, haloperidol, heparina, salicilatos, paracetamol, ibuprofeno, naproxeno, entre outros.

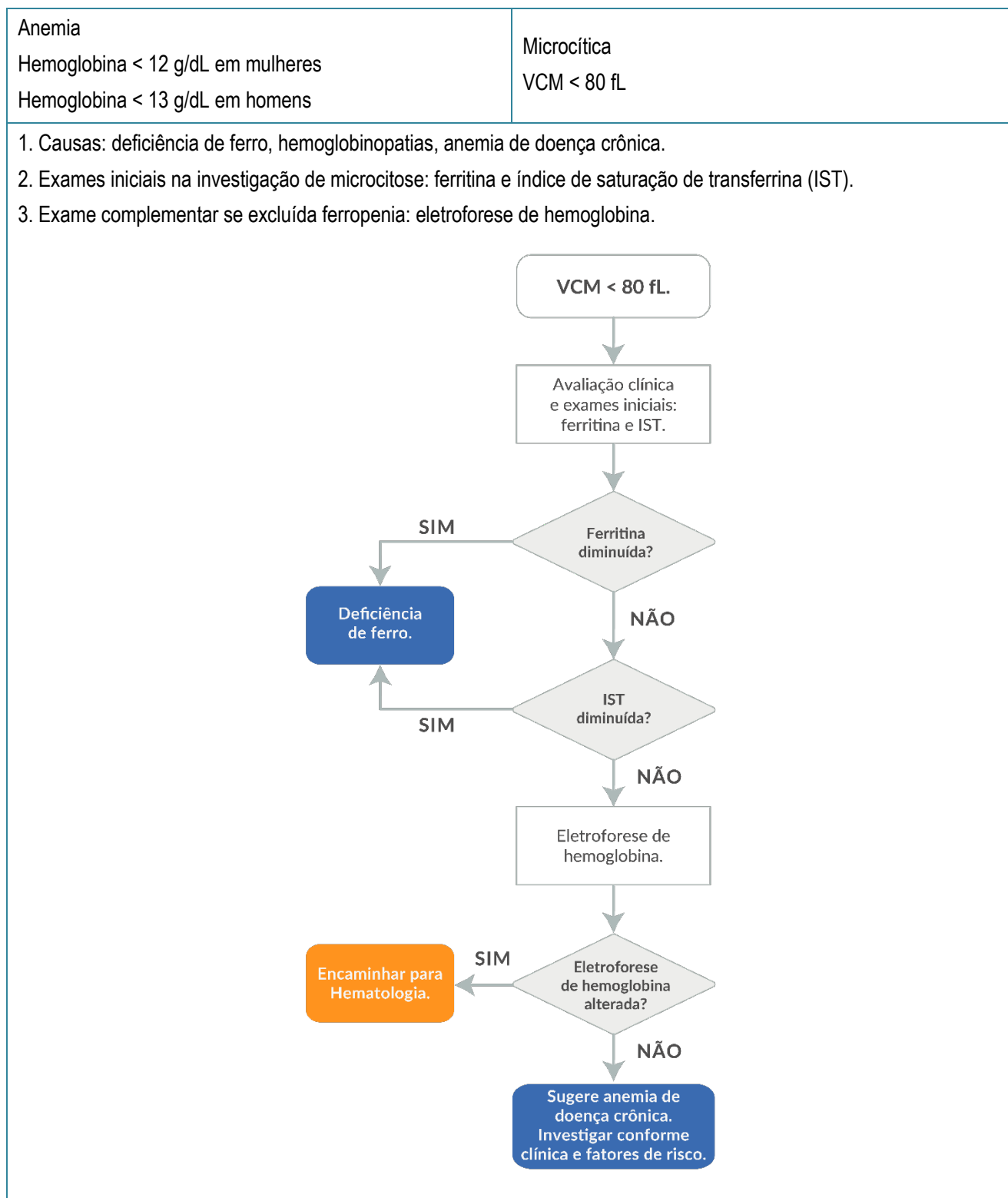
Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Arnold e Cuker (2021), Goldman e Schafer (2020) e Provan *et al.* (2015).

Quadro 2 – Causas e investigação de leucopenia secundária.

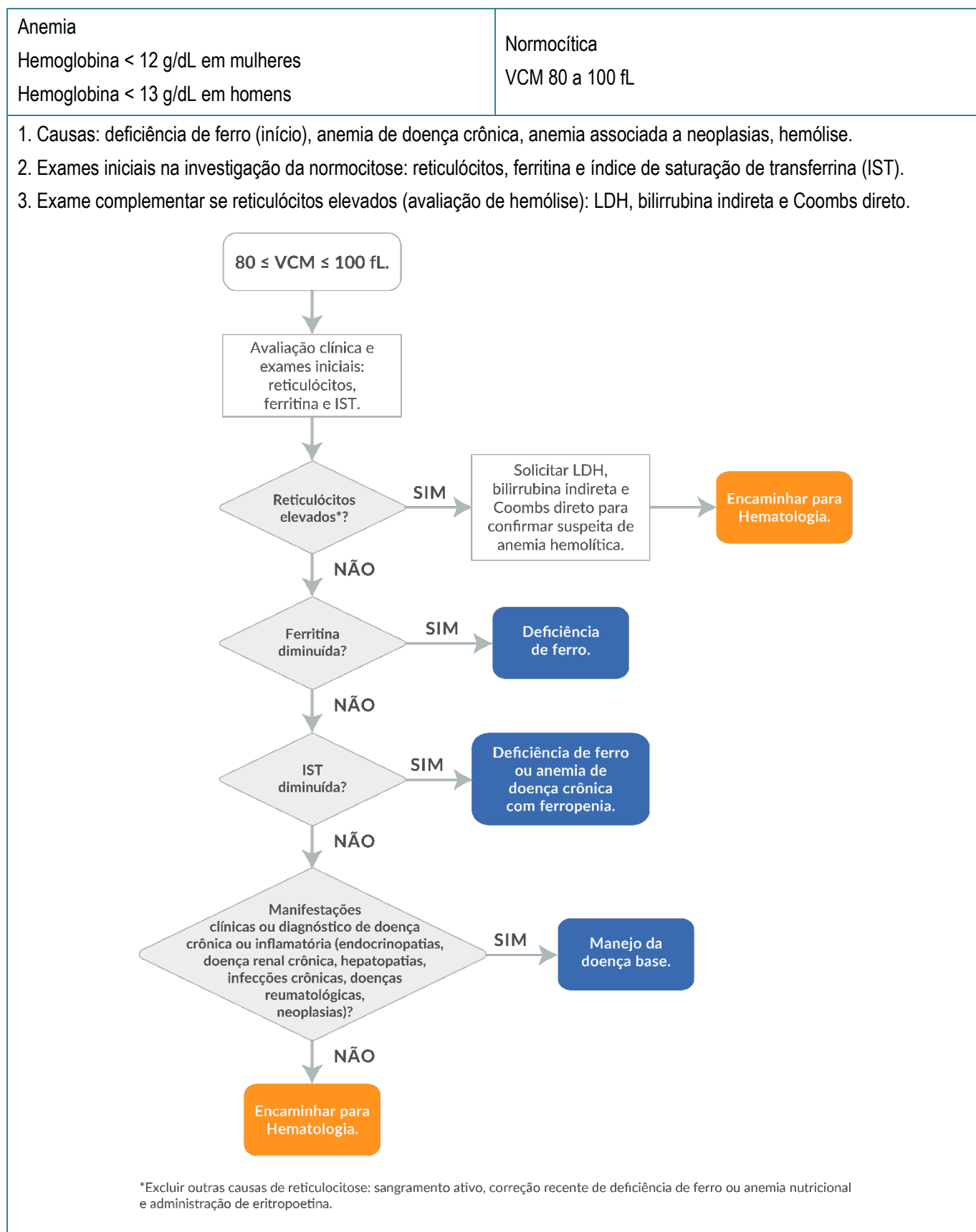
Causas	Investigação
Infecções agudas e crônicas (como COVID-19, dengue, zika, chikungunya, rubéola, varicela, parvovírus, Epstein-barr, citomegalovírus, leptospirose, hepatites B e C, HIV e tuberculose).	Manifestações clínicas diversas, investigação conforme suspeita. Caso haja diagnóstico de infecção aguda, reavaliar leucócitos após 4 semanas da resolução do quadro agudo. Na ausência de suspeita clínica específica, solicitar testes rápidos para HBV, HCV, HIV (ou anti-HCV, anti-HIV, HBsAg).
Hiperesplenismo.	Avaliar demais linhagens séricas (costuma ocorrer também anemia e/ou trombocitopenia). Solicitar ecografia abdominal. Sugere-se que pacientes com neutropenia grave e esplenomegalia, não associada a quadro infeccioso, sejam avaliados inicialmente em serviço de emergência com suporte de hematologista.
Doenças reumatológicas (como Lúpus e Artrite Reumatoide).	Avaliar outros sintomas clínicos que orientem a suspeita clínica para solicitar FAN e/ou FR.
Deficiência de nutrientes, endocrinopatias ou doença renal.	Avaliar ingesta alimentar (história de veganismo, desnutrição) e história de cirurgia bariátrica. Na ausência de suspeita clínica/laboratorial específica, solicitar vitamina B12, ácido fólico, TSH, creatinina.
Medicamentos.	Investigar o uso de medicamentos como: metimazol, propiltiuracil, AINEs, IECA, antiarrítmicos, digoxina, tiazídicos, furosemida, metotrexato, hidroxiclороquina, clozapina, antidepressivo tricíclico, carbamazepina, ácido valproico, ticlopidina, cimetidina, ranitidina, quimioterápicos, entre outros.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Berliner (2022).

Figura 1 – Investigação de anemia microcítica.

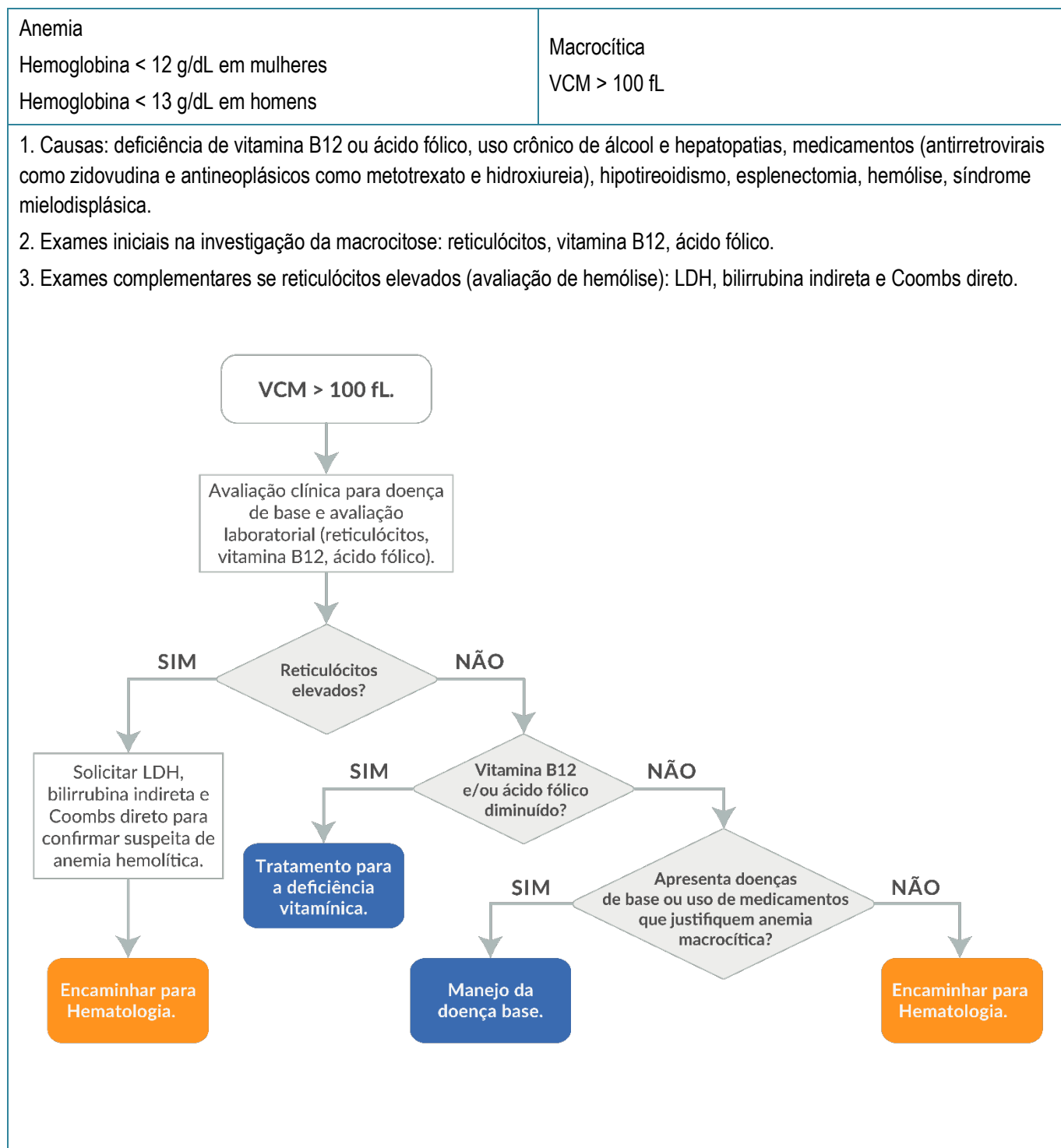


Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Dynamed (2018) e Zaiden (2021).

Figura 2 – Investigação de anemia normocítica.


Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Auerbach (2022).

Figura 3 – Investigação de anemia macrocítica.



Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Duncan *et al.* (2022) e Failace (2015).

Quadro 3 – Possíveis perfis hemoglobínicos encontrados em teste de eletroforese de hemoglobina.

Eletroforese de hemoglobina - alterações		
Hb A	Perfil de normalidade = 96 a 98 %	
HB A₂	Perfil de normalidade = 2,5 a 3,5%	
	3,5 a 7%	Talassemia beta menor/traço talassêmico beta
Hb S	30 a 45%	Traço falciforme (heterozigoto)
	75 a 95%	Anemia falciforme (homozigoto)
	60 a 85%	Hb S/Talassemia beta mais (β^+)
	70 a 90%	Hb S/Talassemia beta zero (β^0)
Hb F	Perfil de normalidade = 0 a 1,0%	
	15 a 30%	Persistência hereditária da Hb fetal
	10 a 50%, podendo chegar a 100%	Talassemia beta intermediária
	60 a 98%	Talassemia beta maior
Hb C	30 a 40%	Traço HbC
	95%	Hemoglobinopatia C
Hb C + Hb S	45 a 50% + 50 a 55% (respectivamente)	Hemoglobinopatia SC
Hb H	5 a 30% na vida adulta	Doença da Hemoglobina H (talassemia alfa)
	5 a 10%	Traço talassêmico alfa

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022), adaptado de Provan *et. al.* (2015).

Quadro 4 – Alterações laboratoriais na anemia hemolítica.

• Anemia normocítica ou macrocítica.
• Presença de esferócitos ou esquizócitos (fragmentação).
• Reticulócitos elevados.
• LDH elevado.
• Bilirrubina indireta elevada.
• Haptoglobina diminuída.
• Teste de Coombs direto positivo (anemias hemolíticas autoimunes).
• Teste de Coombs direto negativo (hemólise não imunologicamente mediada).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Brodsky (2022).

Quadro 5 – Causas e investigação de policitemia.

Causas de policitemia	Investigação proposta
Policitemia relativa: • uso de diurético, vômitos e diarreia (hemoconcentração); • tabagismo.	• Manejo de acordo com a etiologia. • Cessação do tabagismo.
Policitemia vera (PV) /doenças mieloproliferativas.	• Pesquisar sintomas sugestivos de hiperviscosidade (fadiga, tonturas, parestesias, cefaleia). • Sinais e sintomas sugestivos de PV: febre inexplicada, sudorese, perda de peso, prurido (sobretudo após o banho), eritromelalgia (dor em queimação em mãos e pés, com hiperemia). • Hemograma com plaquetas (investigar alterações em demais linhagens como trombocitose, leucocitose), LDH, ácido úrico.
Hipóxia crônica (DPOC, apneia do sono, obesidade, tabagismo).	• Radiografia de tórax, oximetria de pulso. • Considerar espirometria e/ou polissonografia, de acordo com a suspeita clínica.
Cardiopatias (<i>shunts</i> direita-esquerda).	• Anamnese e exame físico. • Considerar ecocardiograma na suspeita de cardiopatia.
Doenças renais (estenose de artéria renal, cistos renais, hidronefrose), pós-transplante renal.	• Ecografia de abdome total, provas de função renal. • Considerar ecodoppler de artérias renais, se suspeita de estenose de artéria renal.
Neoplasias secretoras de eritropoetina (carcinoma hepatocelular, carcinoma de células renais, hemangioblastoma, feocromocitoma, etc).	• Ecografia de abdome total. • Considerar outro exame de imagem de acordo com a suspeita clínica.
Uso crônico de medicações como eritropoetina, andrógenos (testosterona), corticosteroides.	• Anamnese.

DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Tefferi (2022c).

Quadro 6 – Causas secundárias de eosinofilia.

Medicamentos	• Anti-inflamatório não esteroidal, aspirina. • Ranitidina. • Antimicrobianos: cefalosporinas, penicilinas, tetraciclina. • Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenitoína, lamotrigina, ácido valproico. • Hidroclorotiazida. • Ciclosporina. • Sulfassalazina. • Alopurinol.
Parasitoses *Eosinofilia pode ser grave em casos de infestação.	• Áscaris. • Toxocara canis*. • Filária. • Ancilóstoma. • Estrongiloides*. • Triquinose. • Trematódeos (esquistossomíase e fasciolíase). • Cestódeos (equinococose).
Reações alérgicas	• Rinite alérgica. • Asma. • Dermatite atópica. • Esofagite eosinofílica. • Alergia medicamentosa. • Rinossinusite crônica.
Outras causas diversas	• Neoplasias: hematológicas (doenças linfoproliferativas e mieloproliferativas, síndromes hipereosinofílicas), tumores sólidos (adenocarcinoma, carcinoma escamoso). • Radiação, doenças autoimunes, imunodeficiências.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Kovalszki e Weller (2016).

Quadro 7 – Exames de coagulação (na ausência de valores de referência estabelecidos pelo laboratório).

Exame	Valor de referência
Tempo de protrombina (TP)	9,6 a 12,4 segundos
Razão normalizada internacional (RNI)	1,0
tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa)	22,3 a 34,0 segundos

Fonte: Williamson e Snyder (2015).

Quadro 8 – Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) – Escore de Wells para TVP.

Aplicar o escore em pessoas com suspeita clínica de TVP, como edema de membro inferior e dor/aumento de sensibilidade a palpação de veias profundas.

Características clínicas	Pontos
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos).	1
Recente paralisia, paresia ou imobilização com gesso dos membros inferiores.	1
Restrição ao leito recente por 3 ou mais dias ou cirurgia de grande porte nas últimas 12 semanas (com necessidade de anestesia geral ou regional).	1
Aumento de sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo.	1
Edema em toda perna.	1
Edema de panturrilha (> 3 cm) em relação a perna assintomática.	1
Edema com cacifo na perna sintomática.	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas).	1
Episódio prévio documentado de TVP.	1
Diagnóstico alternativo é tão provável quanto TVP.	- 2
Escore simplificado de probabilidade clínica para TVP: • 2 ou mais pontos – TVP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência, necessário ecografia venosa de membros inferiores em até 4 horas. • 1 ou 0 pontos – TVP pouco provável.	

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020).

Quadro 9 – Suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) – Escore de Wells para TEP.

Aplicar o escore em pessoas com suspeita de TEP, como dor torácica, falta de ar ou hemoptise, não explicável por outra doença previamente conhecida e mais provável.

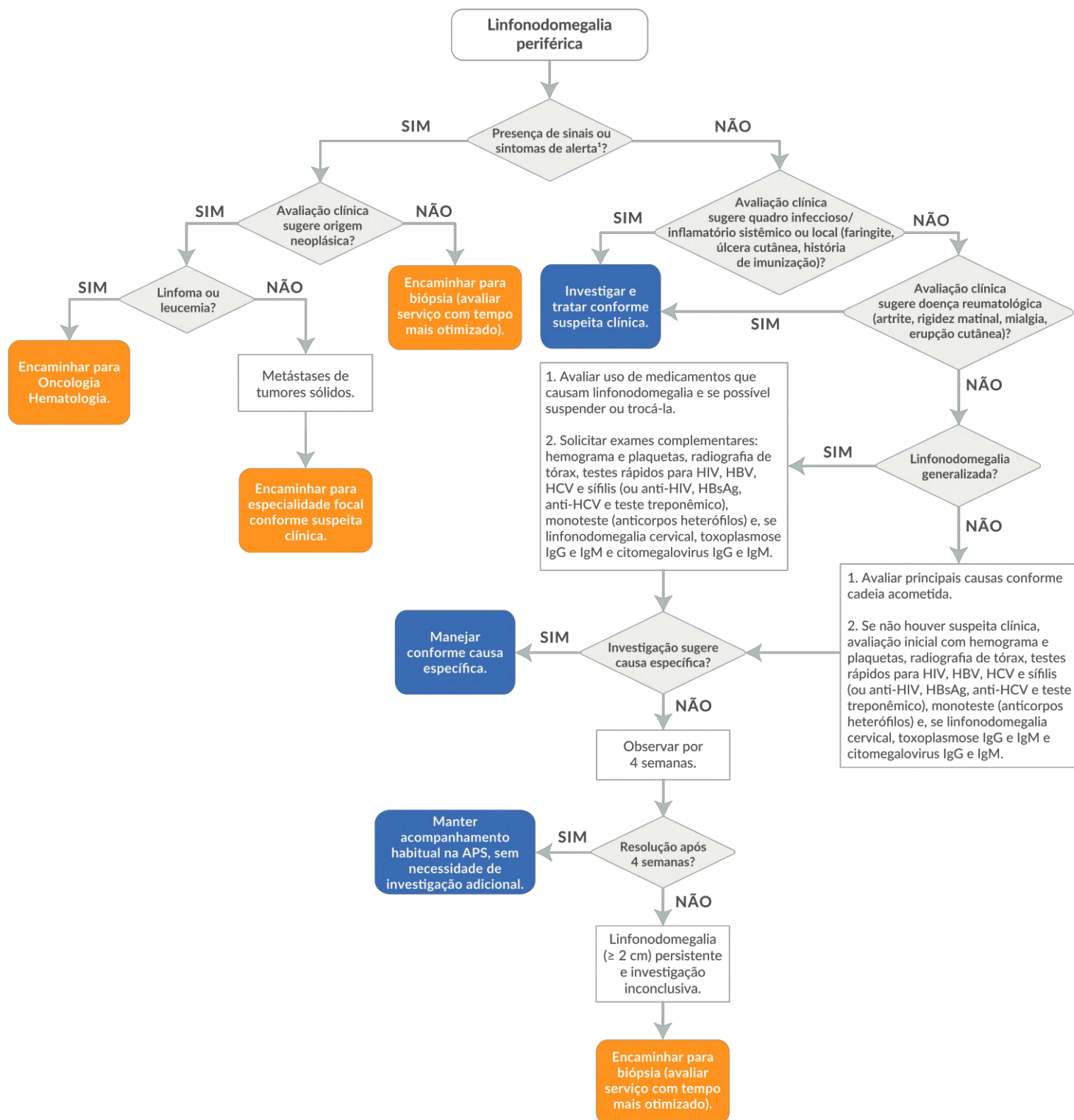
Características clínicas	Pontos
Sinais e sintomas de TVP (edema de membro inferior e dor a palpação de veias profundas).	3
Diagnóstico alternativo é menos provável que TEP (dor torácica, falta de ar ou hemoptise não é provavelmente explicado por outra condição clínica).	3
Frequência cardíaca > 100 batimentos por minuto.	1,5
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia nas últimas 4 semanas.	1,5
TVP ou TEP prévio.	1,5
Hemoptise.	1
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos).	1
Escore simplificado de probabilidade clínica para TEP: • Mais de 4 pontos – TEP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência. • 4 ou menos pontos – TEP pouco provável. Se suspeita clínica elevada, encaminhar para investigação em emergência.	

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020).

Quadro 10 – Investigação de linfonodomegalia periférica.

Principais causas de linfonodomegalia periférica localizada conforme cadeia acometida		
Cadeia	Área de drenagem	Principais causas
Cervical	Couro cabeludo, cavidade oral, laringe e pescoço.	Infecções cutâneas, abscessos dentários, infecções de vias aéreas superiores, reacional após vacinação (COVID-19, dT/dTpa, BCG, tríplice viral, raiva), citomegalovírus, infecção por herpes vírus tipo 6, mononucleose, tuberculose, micobacterioses atípicas, HIV, toxoplasmose, neoplasias (hematológicas, tumor metastático cervical de tireoide, cabeça e pescoço).
Pré-auricular	Conjuntiva, canal auditivo e couro cabeludo anterior e temporal.	Conjuntivites (virais ou bacterianas), otite externa, infecções cutâneas locais.
Pós-auricular e suboccipital	Regiões parietal e temporal do couro cabeludo.	Infecções bacterianas e fúngicas do couro cabeludo, otite externa, rubéola.
Supraclavicular	Trato gastrointestinal, geniturinário e pulmões.	Neoplasia maligna metastática ou hematológica. Linfonodomegalia supraclavicular direita sugere neoplasia de mediastino, pulmões ou esôfago, enquanto à esquerda (nódulo de Virchow) sugere neoplasia intra-abdominal (estômago, vias biliares, pâncreas, rins, testículos, ovários, linfoma ou próstata).
Axilar	Membros superiores, mama e tórax.	Doença de arranhadura do gato, infecções cutâneas, reacional após prótese de silicone, reacional após vacinação (COVID-19, dT/dTpa, BCG, tríplice viral, raiva), carcinoma de mama metastático, melanoma metastático.
Epitroclear	Ulna, antebraço e mão.	Infecções cutâneas de mãos e antebraços, sarcoidose, tularemia, sífilis, neoplasia hematológica.
Inguinal	Abdome inferior, genitália externa/pele, canal anal, membros inferiores.	Celulite, infecções sexualmente transmissíveis, neoplasia (hematológicas, cutâneas de membros inferiores e tronco e metastática de região perianal e vulva e colo uterino).
Avaliação clínica inicial		
• Tempo de evolução dos sintomas. • Características do linfonodo: tamanho, consistência, mobilidade e cadeias acometidas. • Se localizada (apenas uma cadeia acometida) ou generalizada (duas ou mais cadeias não contíguas acometidas). • Presença de sintomas B: perda de peso involuntária, sudorese noturna, febre. • Presença de outros sintomas sugestivos de infecção local ou sistêmica (exemplo: faringite, infecção de vias aéreas superiores, ulceração cutânea). • Exame físico com evidência de esplenomegalia. • Exposição de risco para HIV, sífilis, hepatites. • História de neoplasia prévia, outros sinais e sintomas que sugiram neoplasia atual ou fatores de riscos para neoplasia (exemplo: tabagismo, etilismo). • História epidemiológica local e histórico de viagens que possuam exposições de risco para infecções (exemplo: áreas endêmicas para doenças como leishmaniose, histórico de arranhadura de gato). • História de imunização recente contra COVID-19 ou com outro imunizante como dT, dTpa, BCG, tríplice viral ou raiva. • Uso de medicamentos: alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cefalosporinas, etossuximida, hidralazina, lamotrigina, penicilina, fenitoína, primidona, pirimetamina, quinidina, sulfonamidas.		
Investigação complementar		
• Com características de malignidade: investigar conforme cadeia acometida. • Sem características de malignidade: investigação de acordo com a suspeita clínica. Se não houver suspeita clínica após anamnese e exame físico, solicitar: ○ hemograma e plaquetas; ○ radiografia de tórax; ○ testes rápidos para HBV, HCV, HIV e sífilis (ou anti-HCV, anti-HIV, HBsAg e teste treponêmico para sífilis); ○ monoteste (anticorpos heterófilos); ○ se linfonodomegalia cervical: solicitar também toxoplasmose IgG e IgM e citomegalovírus IgG e IgM.		

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Figura 4 – Investigação de linfonodomegalia periférica.


Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).