

2 cirurgias cardíacas prévias (2014 e 2017) e púrpura trombocitopênica idiopática crônica sem necessidade de tratamento prévio. A admissão, exames demonstravam plaquetas de 47.000, TTPa 35,8, INR 1,5 e fibrinogênio de 234. O Anticorpo anti-PF4 foi de 4,8 U/mL, e as plaquetas chegaram a 19.000. Foram realizados dois ciclos de IGIV, sem resposta, e mesmo com associação de corticóide 1 mg/kg/dia, não houve resposta. Foi optado por realizar plasmáfereze terapêutica com realização em dias seguidos com troca de 1 volemia plasmática e reposição realizada com plasma fresco congelado em todas as sessões. Após 4 sessões, paciente apresentou melhora clínica, a despeito de manter plaquetopenia. Nesse momento, devido a história de PTI prévia, foi optado por iniciar eltrombopag. **Conclusão:** Relatamos 2 casos clínicos, nos quais a plasmáfereze terapêutica pode contribuir para evitar um desfecho desfavorável na VIT.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.525>

PLASMAFÉRESE PRÉ-TMO DEVIDO INCOMPATIBILIDADE ABO MAIOR

TCF Santos, I Garbin, GM Raitz, MS Urazaki, NF Beccari, LN Farinazzo, NR Ziolla, IG Vitoriano, VG Freitas, MCL Falco

Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivo: Relatar a redução efetiva de isoaglutinina Anti-A previamente ao Transplante de Células Tronco Hematopoieticas (TCTH) com incompatibilidade ABO-maior. **Metodologia:** Os dados foram obtidos por meio de revisão do prontuário e entrevista do paciente. **Relato de caso:** Paciente feminina, 54 anos, diagnóstico de Anemia Aplástica grave sem resposta a imunossupressão e com proposta de TCTH alogênico. Doador aparentado, HLA idêntico, do grupo A RhD(+) e paciente do grupo O RhD(+) com título de anti-A IgG 4096 e IgM 512. Indicada a redução de isoaglutininas por plasmáfereze. Três procedimentos foram inicialmente realizados 10 dias antes do regime de condicionamento (com redução do Anti-A/IgG de 4096 para 32) e mais três sessões foram realizadas do D-2 ao D0 (com redução do Anti-A/IgG de 256 para 16). A infusão se deu após a última sessão. Utilizou-se Plasma Fresco Congelado (PFC) do grupo A como fluido de reposição e processamento de uma volemia. **Discussão:** A incompatibilidade ABO-maior ocorre em cerca de 20% a 25% dos TCTH e está associada a hemólise, atraso na enxertia eritróide, Aplasia Pura da Série Vermelha e consequente aumento das demandas transfusionais e seus efeitos indesejáveis. Essas complicações ocorrem pela presença de isoaglutininas específicas contra o doador (DSI) no plasma do receptor e o risco é maior quando em títulos elevados e quando incompatibilidade mediada por anti-A. Acredita-se que os títulos de anticorpos da classe IgG (e não IgM) são melhores preditores da demanda transfusional pós-transplante. A plasmáfereze é uma forma de reduzir isoaglutininas e pode ser considerada quando títulos ≥ 32 , embora variabilidade exista entre os centros e diferentes técnicas de titulação como tubo ou gel. Os procedimentos são



realizados diariamente com objetivo de reduzir o título para <16 imediatamente antes da infusão. A técnica é mais eficiente para redução de anticorpos da classe IgM por sua localização eminentemente intravascular, porém mais procedimentos são necessários para depleção dos anticorpos da classe IgG. Uma forma de depletar ainda mais o anti-A é a escolha do PFC grupo A ou AB devido a ocorrência de antígenos A solúveis nestes fluidos, capazes de neutralizar o anticorpo remanescente. As quantidades de antígeno A solúvel não maiores no plasma A do que no AB uma vez que não há competição entre as glicosiltransferases A e B sobre a substância precursora H1 presente nos indivíduos secretores. Esta diferença entre os PFCs A e AB, no entanto, é clinicamente irrelevante quando o paciente é do grupo O devido ao anticorpo anti-A,B que pode ser neutralizado por ambos antígenos solúveis A e B. Portanto, a escolha do PFC A contribui com a melhor manutenção dos estoques de plasma AB, por sua vez de menor disponibilidade e de maior consumo no cenário do trauma até que os testes pré-transfusionais permitam liberar componentes isogrupos. **Conclusão:** Esse caso demonstra a efetividade da estratégia de se realizar plasmáfereze com PFC A para pacientes O com altos títulos de isoaglutinina anti-A/IgG no cenário da incompatibilidade ABO-maior no TCTH alogênico. Três procedimentos foram capazes de reduzir os títulos de 4096 para 32 na fase pré-condicionamento e de 256 para 16 imediatamente antes da infusão das Células Progenitoras Hematopoieticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.526>

PLASMAFÉRESE TERAPEÚTICA COMO ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA INFUSÃO DO PROPOFOL: RELATO DE CASO

CS Aurabi, A Kowes, LH Dulley, RC Lima, RC Alves, MCA Olivato, CS Georg, VF Dutra, CH Godinho, DE Fujimoto

Hemocentro da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O propofol é um medicamento muito usado para sedação, bem como indução e manutenção de anestesia geral, e tem vantagens como o rápido início de ação e a curta duração. A síndrome da infusão do propofol (SIP) é uma condição rara e potencialmente fatal que pode ocorrer após infusões prolongadas e em altas doses, e é caracterizada por acidose láctica, instabilidade hemodinâmica, rabdomiólise, hipertrigliceridemia, falência renal, hipercalcemia e alterações eletrocardiográficas. Não há tratamento específico, o manejo consiste na suspensão da droga e no controle das disfunções apresentadas. Plasmáfereze, hemodiálise e oxigenação por membrana extracorporea são opções que podem ser benéficas. A plasmáfereze consiste na separação do sangue entre plasma e elementos celulares, e no procedimento ocorre a retirada do plasma do paciente, que é substituído por um fluido de reposição. **Relato de caso:** JRMS, masculino, 31 anos, sem comorbidades, vítima de politrauma por atropelamento. Na admissão necessitou de intubação orotraqueal e foi

