

iniciada sedação com propofol em infusão contínua. Na admissão apresentava função renal e eletrólitos normais e creatinofosfoquinase (CPK) 3041 U/L. Ao longo dos dias evoluiu com instabilidade hemodinâmica com necessidade de droga vasoativa, além de lesão renal aguda com oligoanúria, elevação de escores e hipercalemia refratária, sendo indicada hemodiálise no 10º dia. Além disso, evoluiu com acidose metabólica, hipertrigliceridemia (684 mg/dL) e rabdomiólise, com elevação progressiva de CPK, sendo levantada hipótese diagnóstica de SIP. Medicação foi suspensa e, devido a refratariedade das medidas clínicas insuportáveis e da terapia dialítica, foi solicitada avaliação da equipe de hemoterapia para associação de plasmaférese terapêutica. No 16º dia paciente atingiu CKP 41129 U/L e no 17º dia foi realizada primeira sessão de plasmaférese, com paciente ainda sob ventilação mecânica e em uso de noradrenalina, sendo realizada troca de uma volemia plasmática e usando albumina como fluido de reposição. No dia seguinte houve redução de CPK para 2458 U/L. No 19º dia foi submetido a nova sessão de plasmaférese. Evoluiu com queda progressiva de CPK, até normalização no 25º dia, além de redução da hipertrigliceridemia e retorno da estabilidade hemodinâmica. No 31º dia foi retirada ventilação mecânica. Após resolução do quadro, paciente apresentou outras intercorrências e recebeu alta hospitalar no 96º dia. **Discussão:** Foi apresentado caso com forte suspeita de SIP submetido a plasmaférese como alternativa terapêutica, uma opção pouco descrita para esse diagnóstico. Ainda não existe terapia específica para a SIP, além da suspensão da droga. Foi encontrado relato de caso na literatura que mostrou benefício com a plasmaférese e existe evidência grau 2C para indicação de plasmaférese em casos de hipertrigliceridemia e de intoxicação por drogas. No caso relatado a intervenção foi associada a melhora da condição clínica e dos parâmetros laboratoriais, resultando em reversão do quadro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.527>

TETRAPARESIA FLÁCIDA APÓS TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA: RELATO DE CASO

DJ Silva, IC Lima, AA Ferreira, LA Pires, MA Mota, MFCB Valente, KMM Ribeiro, STF Grunewald, CMAS Vieira, VJF Pereira

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de tetraparesia flácida após início do esquema vacinal em paciente submetida a transplante de medula óssea (TMO) autólogo para tratamento de linfoma não Hodgkin. **Relato do caso:** Trata-se de uma mulher parda, de 32 anos, com histórico de linfoma não Hodgkin, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, submetida a TMO em abril/2020 que, após iniciar regime vacinal de rotina pós-TMO, em outubro/2020, evoluiu com sintomas sistêmicos inespecíficos, caracterizados por febre não aferida, náuseas e vômitos. Nenhum quadro infeccioso foi detectado naquele momento. Cerca de 12 dias mais tarde, a paciente passou a apresentar quadro sensitivo-motor

caracterizado por parestesia e paresia ascendentes, inicialmente em pés, com progressão para o abdome e mãos em 24 horas, além de disfagia para líquidos e diplopia. Familiares relatavam ainda alguns episódios de síncope nos últimos dois dias anteriores à consulta médica e sudorese extrema e intermitente na região da face. A paciente foi admitida em unidade de terapia intensiva onde foram verificadas hipotonia generalizada, arreflexia global, disautonomia e dissociação proteíno-citológica na análise do líquido cefalorraquidiano, estabelecendo-se o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Foram descartados quadros infecciosos, inclusive COVID-19, assim como a recidiva do linfoma. Três dias depois houve deterioração da função respiratória com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Optou-se por tratamento com plasmaférese (cinco sessões em dias alternados com troca de uma volemia plasmática por sessão). Os efeitos colaterais ao procedimento foram um pequeno hematoma em local de inserção do acesso venoso e distúrbios eletrolíticos moderados, corrigidos sem dificuldade. A recuperação motora foi rápida e a paciente recebeu alta hospitalar após 20 dias de internação, deambulando sem apoio e mantendo-se livre de quaisquer sequelas sensitivo-motoras durante o seguimento. **Discussão:** paralisias flácidas progressivas são condições frequentes em departamentos de urgência, mas que ainda constituem relevante desafio diagnóstico. Na maioria das vezes a SGB está associada a uma resposta imunológica a um estado infeccioso prévio, porém, em alguns raros casos, pode se desenvolver após imunizações ou transplante de medula óssea. A plasmaférese é tão efetiva quanto a infusão de imunoglobulinas no tratamento da SGB, embora com mais efeitos colaterais em potencial como hipotensão, sepse, reações transfusionais e problemas relacionados ao acesso vascular. Os resultados tendem a ser superiores quando a plasmaférese é iniciada nos primeiros sete dias do surgimento dos sintomas, melhorando a força muscular, diminuindo a necessidade de ventilação mecânica e acelerando a recuperação dos pacientes com SGB grave. **Conclusão:** a rápida progressão sintomática apresentada pela paciente e a excelente resposta clínica após a instituição da plasmaférese reforçam a importância de um diagnóstico precoce pois, com a terapia adequada é possível atingir uma reversão completa das manifestações e evitar danos neurológicos permanentes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.528>

ANTÍGENOS DAS CÉLULAS DO SANGUE

ALOANTICORPO DIRECIONADO A ANTÍGENO DE ALTA FREQUÊNCIA EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA INFECCIOSA: RELATO DE CASO

AG Vizzoni, AFV Pascoal, FRM Silva

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz (INI/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil



Introdução: A detecção de aloanticorpos clinicamente significativos durante os testes pré-transfusionais é essencial antes de qualquer transfusão de sangue. Às vezes, anticorpos clinicamente insignificantes são responsáveis pelo atraso no atendimento ao paciente, pois podem interferir na identificação ou exclusão de aloanticorpos de importância clínica. Antígenos Chido e Rodgers não estão localizados intrinsecamente nas hemácias, mas no quarto componente do complemento (C4), que se liga aos glóbulos vermelhos do plasma. Os antígenos Chido (Ch) e Rodgers (Rg) estão presentes em 96%–98% da maioria das populações. No entanto, anticorpos contra antígenos de alta frequência dos sistemas Chido e Rodgers não tem sido implicados em RTFNH e na DHPN. **Relato de caso:** Paciente MRRT, 60 anos, sexo masculino, SIDA, contagem de linfócitos T CD4+ 314 cel.mm³, CV indetectável, CA invasivo de reto com internação recente por hemorragia digestiva baixa e solicitado 2 concentrados de hemácias (Hb 6.2 g/dL). O paciente foi classificado como O positivo, PAI+ e identificação de anticorpos irregulares em gel LISS/Coombs (Bio-Rad) demonstrou o mesmo padrão de reatividade (2+) em todas as hemácias, com exceção de uma das células, sugerindo a presença de aloanticorpos direcionado a um antígeno de alta frequência. O painel NaCl/Enzima foi negativo, o que indicava também a possibilidade de se tratar de um anticorpo contra antígenos do sistema MNS e Duffy. Os testes de antiglobulina direta (TAD) e autocontrole (AC) foram negativos e o fenótipo estendido demonstrou que o paciente era R1r, K (-1,2,-3,4), JK (1,2), P1 (1), LE (-1,2), LU (-1,2), MNS (-1,2,-3,4) e FY (-1,2). Considerando a Fenotipagem do paciente e a interpretação do painel, observou-se que os anticorpos contra os antígenos do sistema MNS e Duffy para os quais o paciente era negativo não revelava a especificidade do anticorpo. Foi realizado então, o teste de inibição do plasma, onde os anticorpos presentes no soro do paciente foram neutralizados por um pool de 4 plasmas frescos de doadores de grupo AB. Em seguida foi refeita a identificação de anticorpos que revelou ser negativa. Como controle, o soro do paciente também foi diluído em salina na mesma proporção do pool de plasma (para evidenciar que não houve diluição do anticorpo) e resultado do painel mostrou-se igualmente positivo ao que foi realizado na triagem. O paciente recebeu uma unidade de concentrado de hemácias sem nenhum relato de reação transfusional e obteve alta 3 dias após a transfusão com hemoglobina 8.0 g/dL. **Conclusão:** As características sorológicas sugerem a presença de aloanticorpos de especificidade anti-Ch/Rg no soro do paciente. Embora não estejam implicados em reações hemolíticas transfusionais e nem na Doença Hemolítica Perinatal, o manejo adequado permitiu um atendimento rápido e com segurança transfusional ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.529>

**ALOIMUNIZAÇÃO DE GESTANTE RHD
VARIANTE PORTADORA DE ANEMIA
FALCIFORME – RELATO DE CASO**

D Zorzetti, MSS Almeida, VC Caixeta, ST Alves

Hospital Santa Marcelina, São Paulo, SP, Brasil



Introdução: O tratamento transfusional constitui uma parte importante na terapêutica de pacientes com anemia falciforme por aumentar a capacidade de carreamento de oxigênio e melhorar a perfusão microvascular através da redução da proporção de hemoglobina S no sangue diminuindo eventos vaso-oclusivos. Uma das maiores complicações da transfusão é o potencial de desenvolver anticorpos contra células vermelhas. Devido à necessidade de múltiplas transfusões ao longo da vida, a aloimunização constitui um sério problema para esses pacientes. Além da aloimunização aumentar o risco de reação transfusional tardia, indivíduos que desenvolvem anticorpos alogênicos também têm um risco aumentado de desenvolverem mais anticorpos em transfusões futuras. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, portadora de anemia falciforme em acompanhamento ambulatorial, com tipagem sanguínea AB positivo com controle Rh negativo em transfusão relatada em 2013. Em 2019, aos 29 anos, durante gestação, necessitou novamente de transfusão de concentrado de hemácias, porém em exames evidenciando pesquisa de anticorpo irregular positivo com identificação de anti-D e genotipagem evidenciando um genótipo RHD parcial categoria VI, sendo então, orientado pela Agência Transfusional transfusão com hemácias Rh D negativo. **Discussão:** Dentre os diversos sistemas do grupo sanguíneo, o sistema Rh é um dos mais complexos e o segundo mais importante, contendo mais de 200 alelos e sendo o responsável por vários casos de aloimunização. Ele contém 5 antígenos principais, a saber D, C/c e E/e, sendo o D o mais importante clinicamente pela sua imunogenicidade. O anti-D (-RH1) é um dos anticorpos mais importantes na medicina transfusional, precedido somente dos anticorpos ABO, devido ao seu potencial em causar reações transfusionais hemolíticas agudas e tardias severas e doença hemolítica do feto e do recém-nascido. Enquanto o fenótipo D negativo geralmente resulta de uma ausência completa de proteína RhD, o fenótipo D positivo pode resultar de uma gama de variantes D que podem ser categorizados como D fraco, D parcial e fenótipo DEL. Esses pacientes com fenótipo D variante podem produzir anti-D se imunizados com células D positivas. Sendo assim, a presença de um anticorpo anti-Rh não significa necessariamente um auto-anticorpo, podendo ser decorrente de uma aloimunização Rh em paciente com um alelo Rh variante. Essa classificação de variantes D é baseada não somente no genótipo, mas também no potencial de aloimunização, sendo que a frequência de variantes D pode mudar nas diferentes populações. Na população caucasiana, por exemplo, a variante DVI é a mais associada à produção de anti-D, já as variantes DI, DII e DIII, que são os fenótipos de D fraco mais comuns nessa população, raramente estão associadas à produção de anticorpos; enquanto que, na população africana, a variante DIIIa e DAR são as mais encontradas em pacientes com anti-D. **Conclusão:** Considerando a importância clínica na prática transfusional da presença do anticorpo anti-D e o seu potencial desenvolvimento alogênico em pacientes fenotipados como RhD positivo, é imprescindível um conhecimento básico do sistema Rh de forma a diminuir aloimunizações, especialmente em pacientes com potencial de dependência transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.530>