

masculino, 65 anos, em tratamento para linfoma Não-Hodgkin de alto grau, transfundido há 7 meses, interna por exacerbação de quadro de dispneia iniciado há 3 meses em função de pneumonia bacteriana. Devido a quadro oncológico subjacente, foi solicitada uma unidade de concentrado de hemácias (CH) para correção de quadro anêmico grave. Durante a infusão do CH, o paciente evolui com angioedema, anasarcado, sendo manejado com metilprednisolona, difenidramina e adrenalina. Mesmo com medidas, paciente entra parada cardio respiratória e evolui para óbito em menos de uma hora após início de infusão. Em estudo post-mortem, utilizando a amostra da soroteca do paciente, foi possível confirmar que o paciente apresentava deficiência de IgA. **Discussão:** A transfusão sanguínea, embora seja uma forma de terapia segura e efetiva, não é isenta de riscos. A anafilaxia relacionada à transfusão é uma reação transfusional aguda, rara e explicada, nesse caso, pela presença de anticorpos anti-IgA em receptores deficientes desse tipo de imunoglobulina que reagem com as proteínas IgA no soro do componente transfundido. No caso citado, o paciente provavelmente desenvolveu anticorpos anti-IgA em transfusão prévia e, meses depois, na posterior infusão de CH, cursou com quadro respiratório, evoluindo para angioedema, anasarca, insuficiência respiratória grave e consequente óbito pela reação anafilática. Esse tipo de reação pode começar discretamente e de forma sistêmica, evoluindo para choque, até óbito. É necessário, então, manejo precoce, que cursa com suspensão imediata da transfusão, administração de epinefrina, infusão de fluidos endovenosos, drogas vasopressoras e manutenção da permeabilidade e oxigenação adequados. A prevenção dessa reação se faz pelo diagnóstico precoce da deficiência da imunoglobulina IgA e posterior uso de concentrado de hemácias lavadas e, quando possível, transfusão de hemocomponentes de doadores raros deficientes de IgA. **Conclusão:** No Brasil, a legislação não determina a pesquisa de imunoglobulina IgA em doadores nem em pacientes, e em nosso serviço não temos disponível hemocomponentes provenientes de doadores com deficiência de IgA, porém, para estes pacientes, existe a possibilidade de transfundir hemocomponentes lavados como alternativa terapêutica no caso de pacientes com diagnóstico de deficiência de imunoglobulina IgA.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.662>

DOENÇA HEMOLÍTICA DO RECÉM-NASCIDO POR ANTICORPO ANTI-E (RH) E SISTEMA ABO

E Frossard

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A Doença Hemolítica do Recém-nascido (DHRN) por incompatibilidade do sistema de grupo sanguíneo (GS) ABO, perfaz 2/3 das incompatibilidades, sendo a mais comum mãe “O” e filho “A”. Quando é por anticorpo anti-D do sistema Rh esta fração perfaz em 1/3. Uma fração mínima se dá por outros anticorpos contra outros antígenos do sistema Rh, o que é mais raro. **Descrição do caso:** Paciente recebeu alta da

maternidade, com icterícia em zona II de Kramer, Bilirrubina Total (BT) de 7,2 mg/dL, hematócrito em 51,6% e com Coombs direto negativo. Não fez FOTOTERAPIA (FT). No 6º dia de vida, foi encaminhado ao Ambulatório de DHRN para acompanhamento clínico-hematológico. Colhido sangue do RN e da mãe para Estudo ImunoHematológico com seguinte resultado: RN: “B” Rh positivo, Coombs direto positivo fraco, Pesquisa de anticorpos Irregulares no Eluato foi negativa, Fenótipo Rh-R2r, Hemoglobina (Hb) 15,5 g/dL e Hematócrito (Ht) 48,2%, BT 10,8 mg/dL, Reticulócito 1%. Mãe: “O” Rh positivo, no soro materno presença no IgG anti-b com título de 1/128 e anticorpo anti-E (Rh2) do Sistema Rh, Fenótipo Rh- R₀r. Gesta IV Para IV Aborto 0, todos os 3 primeiros filhos Rh positivos, sem história de icterícia após nascimento. Pai: “B” Fator Rh positivo, Fenótipo Rh-R1R2. **Acompanhamento clínico:** Paciente segue em acompanhamento semanal, com queda do hematócrito em 7% por semana, Coombs direto positivo fracamente, bom estado geral (BEG), ativo, reativo. Facies atípica. Sem adenomegalias. Orofaringe sem alterações; fontanela anterior 1×1 cm, normotensa. AR: MVUA em ambos os pulmões, sem RA, FR: 58 irpm, ACV: pulsos isócronos, BNF em 2T, RR, sem sopros, FC: 140 bpm. Abdome: flácido, indolor a palpação, timpânico, peristalse presente. Baço não palpável, fígado em RCD. Membros: sem edemas. Genitália: masculina, testículos em bolsa. Pele: integra. Moro presente. Última consulta em 09/08/2021, com 26 dias, apresentava Hb 10,3 g/dL e Ht 32,2%, Coombs direto positivo fraco e clinicamente compensado. **Conclusão:** o caso clínico chama atenção por apresentar duas incompatibilidades por grupos sanguíneos ABO e Rh, sendo que a incompatibilidade mãe “O” com filho “B” não é a mais comum tanto quanto o título de IgG anti-b elevado. Mesmo com a proteção da IgM na circulação materna, o sistema imune respondeu com a produção de anticorpo irregular anti-E do sistema Rh, que é mais rara, devido as múltiplas gestações pois a mãe nunca recebeu transfusão sanguínea. Observa-se que a hemólise é lenta e gradativa, diferente daquela por anticorpo anti-D. Qualquer que seja a incompatibilidade sanguínea materno fetal, deve-se fazer um bom acompanhamento clínico-hematológico do paciente acompanhado de um Estudo ImunoHematológico dos pais, pois o diagnóstico da DHRN se conclui mostrando que o anticorpo no soro materno é o mesmo presente sobre as hemácias do paciente e neste caso, os fenótipos dos pais não são os mais comuns.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.663>

ESTRATÉGIA PARA IMPLANTAÇÃO DE USO RACIONAL DE SANGUE EM CIRURGIAS ELETIVAS, NUM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO

FMGC Bandeira ^{a,b}, KB Fonseca ^b, JR Cunha ^b

^a Disciplina de Hematologia e Hemoterapia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Serviço de Hemoterapia Herbert de Souza, Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE),

