

ATENDIMENTO TRANSFUSIONAL A PACIENTE COM ANTI-CH: RELATO DE CASO

RE Almeida, LB Silva

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia - Grupo GSH, Brasil

Introdução: A transfusão de sangue é útil ao tratamento de diversas doenças por garantir a sobrevivência do paciente enquanto uma condição patológica é enfrentada. Mas para assegurar que o hemocomponente eritrocitário cumpra com o propósito assistencial, testes pré-transfusionais são essenciais. A pesquisa de anticorpos no receptor dirigidos contra os antígenos do doador é fundamental à segurança transfusional por permitir a identificação de anticorpos clinicamente significativos. Mas anticorpos clinicamente insignificantes podem ter impacto transfusional quando responsáveis pelo atraso no atendimento ao paciente e ao interferirem na identificação ou exclusão de aloanticorpos de importância clínica. O grupo sanguíneo Chido e Rodgers são epítomos no componente C4 do Complemento, adsorvidos aos eritrócitos a partir do plasma. Polimorfismos associados a esses epítomos podem levar à formação de anticorpos para os antígenos Chido e Rodgers em doentes transfundidos. Os antígenos Chido (Ch) e Rodgers (Rg) estão presentes em 96%–98% da maioria das populações e não têm sido implicados em RTH e na DHFPN. **Relato do caso:** Paciente DFO, 51 anos, sexo masculino, HAS e renal crônico; admitido na instituição hospitalar por quadro diarreico associado a deterioração da função renal. Em consequência da IRC agudizada e infecção, paciente evoluiu com queda da Hematimetria (Hb 6,8 g/dl); sendo transfundido em duas datas diferentes com um total de 3 Concentrados de Hemácias, sem intercorrências (Hb 8,7 g/dl). Paciente permaneceu ainda um mês na instituição para continuidade do tratamento de substituição renal e controle pressórico, porém iniciou precordialgia no tratamento dialítico e Hb 6,9 g/dl, sendo solicitados 2 Concentrados de Hemácias. Na realização de novos testes pré-transfusionais, foi evidenciada a positividade nas duas células de triagem para anticorpos irregulares em gel LISS/Coombs. Os testes de antiglobulina direta (TAD) e autocontrole (AC) foram negativos. Em estudo imuno-hematológico avançado, a identificação de anticorpos irregulares em gel LISS/Coombs (Bio-Rad) demonstrou o mesmo padrão de reatividade (2+) em todas as hemácias, sugerindo a presença de aloanticorpos direcionado a um antígeno de alta frequência. A triagem em NaCl/Enzima foi negativa, o que indicava também a possibilidade de se tratar de um anticorpo contra antígenos do sistema MNS e Duffy. Com os resultados preliminares foi montado um painel a partir de uma Hematoteca de células raras, onde se observou falta de reatividade apenas nas células Chido negativo. Adicionalmente, foi aplicada a técnica de neutralização, onde os anticorpos presentes no soro do paciente foram neutralizados por um pool de 4 plasmas frescos de doadores de grupo AB. Na sequência, 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 garantir que não houve diluição do anticorpo) e resultado do painel mostrou-se igualmente positivo ao apresentado na triagem. Uma vez identificado o anticorpo, o paciente recebeu uma

unidade de Concentrado de Hemácias fenotipado (Ch-) dois dias após a solicitação médica, sem intercorrências, com melhora da sintomatologia e incremento hematimétrico satisfatório (Hb 8,6 g/dl). **Discussão/Conclusão:** As características sorológicas indicavam a presença de aloanticorpos de especificidade anti-Ch/Rg no soro do paciente. E o plasma, após inibição, pôde ser utilizado para pesquisar a presença de outros aloanticorpos que poderiam ter sido anteriormente mascarados pelo anticorpo Ch/Rg. Concluímos que, embora não estejam implicados em reações hemolíticas imunológicas agudas e nem na Doença Hemolítica Perinatal, um ensaio técnico-laboratorial acurado garante um atendimento transfusional seguro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.693>

ATENDIMENTO HEMOTERÁPICO NA SHU PEDIÁTRICA: RELATO DE CASOS

RE Almeida, KA Motta

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia - Grupo GSH, Brasil

Introdução: A Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU) é doença caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e falência renal aguda. É classificada em: Síndrome Hemolítica Urêmica por *E. coli* produtora de toxina Shiga (SHU – STEC), responsável por 90% dos casos em crianças e com bom prognóstico; e Síndrome Hemolítica Urêmica atípica (SHUa), responsável pelos outros 10% dos casos, não envolvendo infecção por enterobactéria e com um prognóstico reservado. Ambas possuem o dano à célula endotelial associável à microangiopatia trombótica (MAT) e suas manifestações clínicas. Descrevemos dois casos de SHU, sendo um após uma infecção gastrointestinal e o outro relacionado a uma infecção pulmonar invasiva. **1º caso:** RFDV, 1 ano e 11 meses, masculino, internado com relato de 4 dias de febre alta, tosse, condensação em pulmão direito; evoluindo a desconforto respiratório apesar de antibioticoterapia oral. Permaneceu hospitalizado por 24 dias, sendo 19 em UTI. No período, evoluiu com pulmão hepatizado, anasarca com derrames cavitários, deterioração hematológica e de função renal; com necessidade de ventilação mecânica, aminas vasopressoras, transfusão de hemocomponentes eritrocitários e plaquetários, terapia de substituição renal. Não foi instituída plasmaterapia. Microscopia (pós transfusional) não evidenciou esquizócitos em sangue periférico. Não foram solicitados dosagem de C3, C4, CH50. Rastreio infeccioso negativo. Recebeu alta com recuperação da função renal e Hb 9,7g/dl; Ht 30,6%; plaquetas 216.000. **2º caso:** GDP, 2 anos, feminino, internado com relato de quadro diarreico com fezes sangüinolentas e febre. Permaneceu hospitalizado por 24 dias em CTI. No período evoluiu com deterioração hematológica e da função renal, elevação pressórica, anasarca. Não necessitou de ventilação mecânica. Recebeu hemocomponentes eritrocitários (pedido de CH lavado). Não foi instituída plasmaterapia. Microscopia evidenciou esquizócitos 1+/4+ em sangue periférico. Pesquisa de toxina Shiga negativa (8º dia). Solicitado dosagem de C3, C4 e CH50. Rastreio infeccioso positivo