

antígeno D, em doadores devemos usar reagentes sensíveis que possam detectar os D variantes que podem levar a aloimunização do receptor, reagentes monoclonais e com misturas de clones aumentam a sensibilidade do teste, detectando quantidades mínimas de antígeno D, métodos automatizados auxiliam nessas leituras, que podem ser complementadas por genotipagem. Esses doadores devem ser classificados como D positivos, e quando pacientes ou gestantes como D negativo, recebendo inclusive profilaxia para evitar aloimunização pelo antígeno D fetal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.778>

ESTRATÉGIAS PARA A CAPTAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE DIEGO B NEGATIVOS

JG Bohatzuk

Hemocentro Regional de Guarapuava, Guarapuava, PR, Brasil

Introdução: O sistema de grupo sanguíneo Diego descoberto em 1953 é composto principalmente por dois antígenos Diegoa e Diegob distribuídos na população na forma de heterozigose Di (a+b+), de homozigose do antígeno B Di(b+b+) e de homozigose do antígeno A Di (a+a+) sendo este último também conhecido como sangue Diego B negativo que, por sua raridade, pode até dar a falsa impressão de um breve tópico teórico de um livro de hematologia, o que não é verdade. Em 2012, por exemplo, um jovem indígena do sul da Bahia exatamente com esta situação teve uma desagradável espera de dois meses até que fossem localizados, naquele estado e no de São Paulo, doadores de sangue compatíveis com o seu para que a cirurgia cardíaca da qual necessitava tivesse bom êxito. Mas, o que se fazer em situações emergenciais sem possibilidade de espera? Como e onde identificar com antecedência doadores Diegobnegativos para prevenir tais episódios? É o que o presente artigo pretende debater. **Metodologia:** Alguns serviços de hemoterapia empiricamente pesquisam o antígeno Diegoa nas hemácias de doadores utilizando anticorpos anti-Diegoa do plasma de doadores aloimunizados pelo antígeno, o que é louvável, pois o reagente comercial é de custo elevado e a legislação nem mesmo exige a triagem do antígeno em doadores e pacientes. Uma limitação do teste ‘in house’ é que não revela a condição de heterozigose ou homozigose dos antígenos, algo que somente a genotipagem pode dar. Se levarmos em conta os resultados de um estudo de 2015 realizado em Guarapuava (PR) para validar a técnica in house lá utilizada, onde foram genotipadas 24 amostras de doadores Dia+, das quais 22 resultaram em heterozigose Di (a+b+) e 2 em homozigose Di (a+a+), sendo estas provenientes de doadores indígenas, podemos concluir que a heterozigose é a condição prevalente nos indivíduos Dia+ aleatórios e que, com base na elevada incidência do antígeno Di dentro das comunidades indígenas como entre os kaingang por exemplo onde este chega a 60%, as probabilidades de se localizar indivíduos Di (a+a+) são estatisticamente maiores neste do que em qualquer outro grupo. **Conclusão:** Analisando as prevalências do antígeno Dia para doadores de sangue de diferentes pontos do país como: 4,7% no Centro-

Oeste do Paraná, 7% no Ceará e 10% no Pará percebemos que são muito superiores aos índices de 0,01% ou 0,1% descritos na literatura oficial e que o antígeno está distribuído de forma desigual, porém não ausente, entre a população brasileira. O caso de 2012 da Bahia nos alerta para um olhar mais atento quanto à necessidade de identificar doadores de sangue Diego B negativos para uma possível convocação. Neste sentido, os serviços de hemoterapia que pesquisam o antígeno Dia, sem que o saibam ou desejem, já percorreram 50% deste caminho e a população onde o antígeno está mais presente deve ser a sua bússola orientadora.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.779>

PADRONIZAÇÃO DE ENSAIO MULTIPLEX PARA IDENTIFICAÇÃO DAS VARIANTES D-FRACO TIPO 3, 11, 38, 2 E 5 NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

TCS Silva^a, MR Dezan^b, CL Dinardo^{a,b}, BR Cruz^a, S Sanches^c, D Langhi^{a,c}, JO Bordin^a

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^b Fundação Pró-Sangue, São Paulo, SP, Brasil

^c Imunolab, Brasil

Objetivos: Padronizar duas técnicas de PCR multiplex alelo específico (MAS-PCR) que classifiquem ao mesmo tempo os indivíduos CDe como D fraco tipo 3, 11 ou 38 e os indivíduos cDe como D fraco tipo 2 ou 5. **Material e métodos:** Amostras de 15 indivíduos previamente fenotipados como D-fraco e genotipados por sequenciamento de Sanger, provenientes do banco de amostras da Fundação Pró Sangue – Hemocentro de São Paulo, que apresentavam alelos D-fraco tipo 2, 3, 5, 11 e 38 foram selecionados para padronização. As amostras D-fraco tipo 2 ou 5 eram CDe e amostras D-fraco tipo 3, 11 ou 38 eram cDe. O desempenho do MAS-PCR foi avaliado em comparação com o método de Sanger, caso os resultados obtidos fossem semelhantes entre as técnicas, o teste MAS-PCR seria aprovado. **Resultados:** Todas as 15 amostras apresentaram os genótipos concordantes com os resultados do sequenciamento de Sanger realizado previamente e puderam ser identificadas entre as variantes de RHD testadas. Um controle interno (IC) sem mutações RH e uma amostra em branco foram testados no ensaio MAS-PCR proposto. A precisão do teste foi considerada 100%. **Discussão:** O método de PCR alelo específico (AS-PCR), o teste mais utilizado para genotipagem, permite a identificação de uma variante por vez, enquanto o ensaio de MAS-PCR permite a identificação de mutações simultâneas em uma só reação e mostrou-se bastante eficiente. Com isso, poderíamos ter mais agilidade, economia de material genético e redução de custos. Além disso, para a identificação de mutações RH, o conhecimento dos fenótipos RhCE ajuda a definir qual MAS-PCR usar como estratégia. Se CDe utilizamos MAS-PCR para D-fraco tipo 11, 38 ou 3, enquanto para cDe podemos usar o teste que distingue entre D-fraco tipo 2 ou 5 MAS-PCR. Por fim, o teste MAS-PCR poderia ser utilizado em populações mestiças como a brasileira, pois inclui as principais mutações frequentemente encontradas