

naturais anti-A e anti-B entre sendo altos ou baixos títulos. **Materiais e métodos:** Foram analisadas 3.977 amostras de doadores de plaquetas por aférese do grupo sanguíneo O. As amostras foram processadas no equipamento automatizado NEO IMMUCOR GAMMA, utilizado programação definida para titulação de A1 IgM e B IgM (metodologia em microplaca). Para as amostras que apresentaram títulos superiores a 1/64, foi utilizada outra metodologia (tubo) com hemácias comerciais RA1 e RB da BioRad para as titulações seriada de 1/1 até 1/4000. Em todas as amostras foram realizados a pesquisa de hemolisina foi baseada na técnica de hemaglutinação em tubo adicionado 100µl do soro do indivíduo O em dois tubos de ensaios, e adicionou-se hemácia A no primeiro tubo de ensaio e hemácia B no segundo tubo de ensaio, posteriormente os tubos foram para a banho maria em uma temperatura de 37°C por 45 minutos, em seguida foi realizado a centrifugação a 3.400 rpm por 15 segundos, e realizado a avaliação macroscópica de aglutinação ou hemólise. **Resultados:** Das 3.977 amostras testadas, 3.442 (86%) apresentaram títulos baixos de anti-A e Anti-B, e 535 (14%) amostras apresentaram altos títulos de Anti-A, Anti-B ou ambos. Das amostras com alto título, foram 268 de anti-A, 103 para anti-B e 164 estavam com altos títulos tanto para anti-A quanto para anti-B, nas duas metodologias (tubo/microplaca). Foram considerados perigosos doadores com título acima de 1/128. **Discussão:** Os títulos de anti-A se apresentaram como os títulos mais altos em relação os títulos de anti-B. Quando comparado nas amostras com ambos os títulos altos, anti-A continua o mais prevalente, sendo assim considerados o mais perigoso, podendo causar reação transfusional de moderada a grave. **Conclusão:** As unidades de aférese com títulos altos e testes de hemolisina positivo, que foram obtidas por meio de doações, ficam disponibilizadas apenas para receptores O ou ABO idêntico. O presente estudo corrobora com os dados literários que demonstram o quanto é necessário realizar o monitoramento de doadores sanguíneos, para a identificação dos doadores “O” perigosos, evitando assim, a ocorrência de reações transfusionais mais graves.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.811>

RELATO DE CASO: TROMBOCITOPENIA FETAL E NEONATAL ALOIMUNE POR MÚLTIPLOS ANTICORPOS MATERNS

M Valvasori, EP Araujo, CG Andrade, AB Castelhana, SC Miyaji, LFF Dalmazzo, SD Vieira

Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Trombocitopenia Fetal e Neonatal Aloimune (TFNA) é uma condição relativamente rara (1:800-2000) caracterizada pela presença de anticorpos (Ac) IgG maternos contra um antígeno plaquetário fetal herdado do pai e ausentes na mãe, sendo 80% dos casos devido a presença de anti-HPA-1a. Esses Ac atravessam a barreira placentária e se ligam aos antígenos fetais resultando em destruição das plaquetas e, conseqüentemente, plaquetopenia. Ao contrário da Doença Hemolítica do Recém-nascido (DHRN), pode se apresentar na

primeira gestação, e, como não há protocolos de screening pré-natal, normalmente a condição é diagnosticada no nascimento de um recém-nascido (RN) com trombocitopenia e, nos casos mais severos, podendo ter como consequência a hemorragia intracraniana. **Objetivo:** Relatar um caso de TFNA atendido pelo Laboratório de Referência em Imuno-hematologia do Grupo GSH em São Paulo. **Materiais e métodos:** Realizados testes de genotipagem na amostra da mãe e do pai com análise comparativa dos resultados afim de elucidar a investigação de plaquetopenia. **Resultados:** RN, feminino, mãe primigesta, acompanhamento pré-natal sem intercorrências. Parto cesárea por vontade materna, 40 semanas, bolsa rota. Peso ao nascimento 2.805g, Apgar 9-10 adequado para idade gestacional. No segundo dia de vida apresentou petéquias em abdome e tórax, bossa serosanguinolenta, Hb 17,4 g/dL, Ht 51,3%, leucócitos 9.380/mm³, contagem de plaquetas 20.000/mm³, TP 14,7s, AP 80%, RNI 1,15, TTPA 38,2s R1,14, fibrinogênio 268 mg/dL. Ultrassom transfontanela e abdominal sem alterações, feita hipótese diagnóstica de TFNA. Na análise comparativa dos resultados da genotipagem na amostra da mãe e do pai, foram encontradas importantes discrepâncias genotípicas, sendo uma no sistema HPA-5: onde o pai é HPA-5b5b e a mãe é HPA-5a5a; uma no sistema HPA-15, sendo a mãe homozigota para HPA-15b enquanto o pai mostrou ser HPA-15a15b; e, também, no sistema HPA-2 em que a mãe é homozigota para HPA-2b e o pai mostrou ser HPA-2a2b. Foram identificados no soro da mãe Ac anti- HLA Classe I (locus ABC), Ac contra a glicoproteína IaIIa com especificidade anti- HPA-5b e, também, Ac contra a glicoproteína CD109 com especificidade anti-15a. **Discussão:** A TFNA é definida como plaquetopenia por Ac antiplaquetários devido a incompatibilidade materno-fetal plaquetária. O diagnóstico é feito por genotipagem que confirma a incompatibilidade HPA materno-fetal, além da detecção de Ac anti-HPA no soro da mãe. No caso tivemos a presença de dois Ac HPA-5b e anti-HPA-15a, sendo esses Ac envolvidos em trombocitopenia neonatal aloimune. No segundo e terceiro dia de vida, o RN recebeu Imunoglobulina 1g/kg/dia e foi necessário transfusão de plaquetas HPA compatíveis. **Conclusão:** A suspeita diagnóstica precoce foi essencial para um melhor desfecho, uma vez que as medidas de tratamento devem ser iniciadas o mais rápido possível. No presente caso, houve um resultado favorável e o RN teve alta após 7 dias com contagem plaquetária de 54.000/mm³ e sem risco hemorrágico. Contudo, o aconselhamento materno para uma futura gestação deverá ser realizado e, em uma próxima gestação, o acompanhamento de um obstetra e um laboratório imuno-hematológicos especializado é essencial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.812>

CARACTERIZAÇÃO SOROLÓGICA E MOLECULAR DO ANTÍGENO D FRACO TIPO 18

CSR Araujo^{a,b}, SB Azeredo^a, FEC Piassa^a, BA Machado^b, CC Hermes^b, GWA Wink^b, A Pasqualotti^a, L Castilho^c

^a Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil