

12,33 mg/dL, e anemia significativa, com hematócrito (Ht) de 33% e hemoglobina (Hb) de 10,7 g/dL. Ao analisar o histórico materno, foi identificado o traço falcêmico, uma condição que poderia potencializar a hemólise no RN. Diante desse quadro, foi solicitada exsanguineotransfusão com troca volêmica de 625 mL, utilizando dois concentrados de hemácias filtradas, irradiadas, lavadas e fenotipadas (CHFI), além de duas unidades de plasma fresco congelado (PFC). **Discussão:** A EXT é fundamental para reverter a anemia grave, reduzir os títulos de anticorpos maternos e eliminar hemácias sensibilizadas. Cerca de 15-25% das gestações apresentam incompatibilidade ABO, mas apenas 1,5-2,5% evoluem para DHRN significativa, tipicamente quando a mãe tem sangue tipo O e o feto tipo A ou B. Embora a incompatibilidade ABO seja geralmente menos severa devido à presença de anticorpos IgM, que não atravessam a placenta, anticorpos IgG podem causar hemólise fetal e icterícia neonatal. No caso em questão, a hemólise provocada pelo anticorpo anti-B é relativamente rara e particularmente grave. A presença do traço falcêmico na mãe, que também poderia estar presente no recém-nascido, pode ter potencializado a hemólise, embora o traço falcêmico não tenha sido inicialmente investigado no RN. A EXT foi essencial para estabilizar o paciente, reduzindo a concentração de anticorpos maternos e substituindo hemácias sensibilizadas. **Conclusão:** Embora menos comum e de baixa incidência, a Doença Hemolítica do Recém-Nascido associada aos anticorpos do sistema ABO pode causar casos graves de icterícia, que podem exigir exsanguineotransfusão. O presente caso ilustra a importância desse procedimento em situações críticas para evitar complicações graves e assegurar a recuperação do recém-nascido.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1347>

ALOIMUNIZAÇÃO POR ANTI- A1: RELATO DE CASO

PDS Teixeira, JC Freitas, PFS Batista,
CES Araújo, SMC Lira

Grupo GSH, Brasil

Introdução: A aloimunização eritrocitária A1 após transfusão de hemácias é pouco descrita na literatura e não possui protocolos de conduta definidos. Em tese, há cerca de 1-2% e 25% entre os indivíduos A2 e A2B, respectivamente, de pessoas que apresentam anti-A1, contudo se analisarmos uma determinada população, estas frequências poderão variar. **Objetivo:** Relatar um caso de aloimunização anti-A1 após transfusão de concentrados de hemácias e possíveis repercussões para o paciente. **Caso:** Paciente do sexo masculino, 62 anos, com diagnóstico de neoplasia de esôfago. O paciente deu entrada no serviço de hemoterapia em 25/02/24, sem histórico de transfusão prévia. Ao primeiro teste imunohematológico apresentou tipagem sanguínea A RhD positivo (C+, c+, E-, e+, K-) e Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) negativa. No período de 25/02 a 27/03/24, todas as tipagens realizadas resultaram em A RhD positivo. Nesse período os testes imunohematológicos foram repetidos em 05/03, 17/03,

e 27/03/24, de acordo com a necessidade do atendimento, obtendo os mesmos resultados. Contudo, em 18/04/24, observou-se provas de compatibilidade positivas com CHF A RhD positivo, PAI negativa, e Coombs direto positivo, com identificação de aloanticorpo anti-A1 no eluato. Foi realizada confirmação da presença de antígeno A2, nas hemácias do paciente através do teste com lectina A1. O paciente realizou nova transfusão, com hemocomponente O, uma vez que o anticorpo é de relevância clínica por reagir em temperatura de 37°C. **Discussão:** A aloimunização eritrocitária anti-A1 é uma condição rara, especialmente após transfusão de concentrados de hemácias. Na literatura, a prevalência de anti-A1 é reportada entre 1-2% nos indivíduos A2 e até 25% em indivíduos A2B, mas essas frequências podem variar conforme a população estudada. No caso descrito, foi estudado um paciente masculino de 62 anos, com neoplasia de esôfago, após múltiplas transfusões de hemácias A RhD positivo apresentou aloimunização anti- A1, assim havendo a necessidade de transfusão de hemocomponentes O. O desenvolvimento de anti- A1 em pacientes do grupo A2 e A2B após transfusão pode levar a reações hemolíticas, especialmente se o anticorpo for de relevância clínica. No caso relatado, o paciente apresentou provas de compatibilidade positivas e Coombs direto positivo, indicando uma resposta imune contra as hemácias transfundidas, a confirmação da presença do antígeno A2 nas hemácias do paciente, por meio do teste com lectina A1, corroborou a identificação do aloanticorpo anti- A1. Evidencia-se a importância de um monitoramento rigoroso e contínuo dos pacientes submetidos a múltiplas transfusões, bem como a necessidade de protocolos claros para a detecção e manejo de aloanticorpos menos comuns, como o anti-A1. A decisão de transfundir hemocomponentes O foi acertada, considerando a relevância clínica do anticorpo identificado. **Conclusão:** A aloimunização anti-A1 pode ocorrer em pacientes que recebem múltiplas transfusões de hemácias, como visto no caso relatado. A identificação do anticorpo e a gestão adequada do paciente sublinham a importância da vigilância constante e da adaptação dos protocolos transfusionais. A transfusão de hemocomponentes O garantiu a segurança do paciente, evitando reações hemolíticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1348>

IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE TRANSFUSÃO EM PACIENTE COM ALOIMUNIZAÇÃO POR ANTI-F

SS Marcondes, ROC Silva, RS Barata, FDM Capo,
LSM Hilário, R Lievore, MR Ribeiro, S Diirr,
CR Silveira, SR Salles

Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes
(HUCAM), Vitória, ES, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de aloimunização por anti-f em paciente com Doença Falciforme (DF) e realizar revisão de literatura sobre o Anti-f. **Relato de caso:** Feminino, 20 anos, com diagnóstico de DF antecedente AVC, interna para realização de colestectomia, possuía histórico transfusional em outras