

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

instituições. No primeiro teste pré transfusional em nossa instituição (01/2024), foi evidenciado: pesquisa de anticorpos irregulares (PAI): reagente e teste de antiglobulina direto (TAD): IgG 1+; C3d 3+. Nesta análise, a presença do autoanticorpo prejudicou a identificação do aloanticorpo e a busca por uma bolsa compatível, a cirurgia foi suspensa, iniciado corticoterapia em 02/2024 e paciente recebeu alta hospitalar. Em nova análise 03/2024 (34 dias após corticoide) identificado presença de anti- f e TAD (fracamente positivo). Em 05/2024 é necessário nova internação por sepse de foco abdominal a paciente permanecia com Anti-f e TAD+, contudo, devido gravidade do quadro clínico recebeu 2 UI de concentrado de hemácias (CH) apesar de prova de compatibilidade maior incompatível. A paciente foi transfundida com fenótipo CCee, realizou a cirurgia e não apresentou reações transfusionais. Análises laboratoriais de imuno-hematologia foram realizadas por laboratório de referência parceiro da agência transfusional do hospital. **Discussão:** As transfusões são importantes para o cuidado dos pacientes com DF, contudo, muitas dessas transfusões ocorrem em emergências, na qual hemocomponentes especiais não estão prontamente disponíveis para transfusão aumentando o risco de aloimunização eritrocitária. Pesquisas em pacientes com DF demonstram taxas de aloimunização que variam de 12 até 50%. A maior frequência é para anti- C, anti- E (sistema Rh) e anti- K (sistema Kell). O antígeno- f faz parte do sistema RH sendo expresso quando as hemácias possuem c e e no mesmo haplótipo (cis). O anti-f não é comum na prática transfusional, pode se manifestar de forma natural, como alo ou autoanticorpo e ser mascarado por outros anticorpos. Trata-se de um anticorpo clinicamente significativo podendo levar a reação hemolítica e doença hemolítica perinatal. A paciente tinha histórico transfusional em diversos hospitais, o que aumentava o risco de aloimunização. Foi identificada associação de um autoanticorpo com anti-f. O tratamento com esteroides pode ter minimizado a reação do autoanticorpo proporcionando a identificação do anti-f em um segundo momento. Destaca-se também a dificuldade de identificação do antígeno f pela ausência deste nos diagramas das hemácias comerciais da rotina. Unidade de CH negativas para ce são mais difíceis de encontrar na população, desta forma, dada a frequência destes a ausência do antígeno c é uma escolha mais conservadora para transfusão do que as unidades negativas para o antígeno e. Várias agências transfusionais não possuem laboratório de imuno hematologia para resolução de alterações em testes transfusionais, o que aumenta o tempo de espera para transfusão podendo agravar o quadro clínico dos pacientes. No caso em questão a paciente aguardou meses para concluir a investigação, o quadro de colecistite evoluiu para sepse abdominal, mas manteve desfecho favorável e não apresentou reações transfusionais. **Conclusão:** Transfusões continuam sendo essenciais para o tratamento da DF, o uso racional dos hemocomponentes associado a transfusão de CH especiais (filtrado e fenotipado) são condutas necessárias para evitar complicações transfusionais.

PERFIL DOS PACIENTES AO ATENDIMENTO A SANGRIA TERAPÊUTICA REALIZADOS EM HOSPITAL ATENDIDO PELO GRUPO GSH EM FRANCA/SP

GMM Spereta, LCM Silva, ALG Amaral,
YH Andrade, TG Souza, TVG Silva

Grupo GSH, Brasil

Introdução: A sangria terapêutica é uma modalidade de tratamento médico que estabelece a retirada de sangue do paciente como tratamento de doenças. Foi a prática médica mais comum desde antiguidade até finais do século XIX, por um período de quase 2000 anos sendo um procedimento realizado a nível ambulatorial ou internado. A sangria terapêutica é um processo com a finalidade de extrair algumas substâncias do organismo e moderar o aumento da viscosidade sanguínea nas eritrocitoses e reduzindo o conteúdo total de ferro nas situações de acúmulo de ferro hereditário hemocromatose e ou Policitemia Vera. É um procedimento relativamente seguro, mas não isento de eventos adversos, como por exemplo, a hipotensão transitória. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo identificar o perfil de atendimentos de sangrias terapêuticas realizados em hospital e maternidade atendidos pelo Grupo GSH em Franca/SP no ano de 2023. **Materiais e métodos:** Neste estudo foram avaliadas retrospectivamente as requisições de serviço realizados no durante o ano de 2022 correlacionado ao ano de 2023. Analisamos um total de 103 sangrias terapêuticas realizadas durante o ano de 2022 e 127 realizadas durante o ano de 2023. **Resultados:** No ano de 2022, foram realizados 103 atendimentos sendo 45 pacientes dentre os quais; 42 pacientes foram do sexo masculino, e 3 pacientes do sexo feminino, idade entre 45 e 55 anos, com hemoglobina em média de 17,9% e Ferritina 645 em média; 84,47% com diagnósticos de hemocromatose hereditária e 15,53% por Policitemia secundária. Em 2023 foram realizados 127 procedimentos os quais 47 pacientes do sexo masculino e 7 do sexo feminino, idade entre 28 e 45 anos, com hemoglobina de 19,9% e Ferritina de 605 em média, 73,58 % com diagnóstico hemocromatose hereditária e 26,42% de Policitemia em decorrência ao uso de testosterona. **Discussão:** Observamos um aumento no número de atendimento a pacientes em relação ao ano anterior em relação ao ano anterior e com diagnóstico e indicação de Policitemia após o uso de testosterona. **Conclusão:** Apesar da sangria terapêutica ser uma técnica segura e bem fundamentada, pouco se sabe sobre a prática para Policitemia induzida por reposição hormonal. O presente trabalho confirma a mudança no perfil de atendimentos, mostrando um aumento no número de atendimento a sangria terapêutica decorrente a reposição de testosterona um hormônio anabólico e androgênico indicado para aumentar força e a massa muscular, aumentando assim eritropoetina agindo nos receptores renais relacionando à elevação do hematócrito e não da ferritina.