

realizado utilizando-se a técnica de “Piggyback” para a reconstrução venosa, com boa reperusão do órgão. Recebeu 4.000 UI de FVIII em bolus uma hora antes do procedimento e, durante a cirurgia, foram administrados uma unidade de concentrado de plaquetas por aférese e dois gramas de concentrado de fibrinogênio, guiadas pelo tromboelastograma. O paciente apresentou síndrome de reperusão, necessitando de drogas vasoativas em altas doses para manter a pressão arterial. Após o procedimento, desenvolveu acidose láctica refratária e oligúria, sendo necessário iniciar hemodiálise contínua devido à lesão renal aguda. A imunossupressão inicial com tacrolimus foi substituída por micofenolato devido a alterações na função renal. O paciente permaneceu na UTI por cinco dias, com boa evolução clínica e laboratorial. A profilaxia foi conduzida conforme as diretrizes do Manual de Hemofilia do Ministério da Saúde: 4.000 UI de FVIII uma hora antes da cirurgia, 2.000 UI de FVIII a cada 12 horas do 1º ao 7º pós-operatório, e 2.000 UI de FVIII uma vez ao dia do 8º ao 14º pós-operatório. No entanto, devido à boa evolução do paciente e níveis de FVIII superiores a 20% já no 2º pós-operatório, a profilaxia foi suspensa no 3º pós-operatório, não sendo necessárias novas reposições. Recebeu ainda duas unidades de Concentrado de Hemácias durante a internação, devido queda da hemoglobina no pós operatório. O paciente recebeu alta hospitalar 20 dias após o transplante hepático.

Discussão: A infecção por HCV é a principal causa de doença hepática em pacientes com hemofilia. Durante a década de 1970, a maioria dos pacientes com hemofilia foi infectada pelo HCV devido à transfusão de hemoderivados e concentrados de fatores de coagulação. Considerando a idade e o diagnóstico do paciente, é possível que ele tenha sido infectado pelo HCV devido às transfusões que recebeu no passado. Apesar dos desafios hemostáticos associados ao transplante nesta população, os resultados para candidatos hemofílicos não são inferiores aos de pacientes não hemofílicos. Avanços no manejo perioperatório, nas técnicas cirúrgicas e na preservação do enxerto contribuíram para uma redução significativa nas transfusões nas últimas décadas. No caso descrito, o paciente teve baixa demanda transfusional e sangramento dentro do esperado durante o procedimento. As complicações pós-cirúrgicas, embora graves, foram resolvidas em poucos dias. O caso apresentado mostra uma resolução imediata dos níveis de fator VIII e uma evolução favorável da saúde do paciente nos anos subsequentes, com normalização dos níveis de fator VIII, sugerindo que o transplante hepático pode ser uma alternativa terapêutica eficaz para pacientes com hemofilia A.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1411>

DIFICULDADE DE RECONHECIMENTO DE REAÇÃO ANAFILÁTICA TRANSFUSIONAL

VPD Santos, EM Oliveira

Grupo GSH, Brasil

Resumo: Relato de caso de reação transfusional em paciente pediátrico no qual o transfusionista foi essencial para a identificação do quadro clínico e o acionamento do médico

hemoterapeuta. **Objetivo:** Demonstrar a importância do treinamento de todos os profissionais de saúde em relação à suspeição de reação transfusional. **Materiais e métodos:** Dados obtidos com base nos registros em prontuário do paciente e na coleta das informações fornecidas pelos profissionais envolvidos. **Relato:** Paciente de 4 anos, com diagnóstico prévio de Púrpura Trombocitopênica Idiopática (PTI), com histórico de refratariedade a corticóide e imunoglobulina, encaminhado para emergência do hospital para transfusão de plaquetas (contagem de plaquetas em 5 mil/mm³), sem sangramento ativo. Transfusionista ao identificar que o diagnóstico era PTI, fez contato com hemoterapeuta. Caso discutido com o médico rotina da unidade de terapia intensiva pediátrica, porém foi decidido seguir com o atendimento transfusional. Liberadas plaquetas filtradas, na dose de 1U a cada 10 Kg de peso do paciente (peso 19kg). Na transfusão da primeira unidade de plaquetas criança apresentou prurido com resolução espontânea. Transfusão da outra unidade suspensa. Menos de 20 minutos após houve taquicardia, hipotensão, queda de saturação e consequente alteração do nível de consciência. Transfusionista fez contato com hemoterapeuta, levantando a hipótese de tratar-se de um choque anafilático. Pediatra de plantão associou os sintomas a provável hemorragia intracraniana, porém prescreveu fez antialérgico e corticóide venoso – apesar do hemoterapeuta ter solicitado administração de epinefrina. Como o quadro persistiu, foi prescrita epinefrina com resolução de todos os sintomas. Paciente não transfundiu novamente. No dia seguinte, após discussão do caso com rotina da pediatria foi iniciado protocolo de tratamento com imunoglobulina. Paciente teve alta com contagem de plaquetas 148 mil/mm³.

Discussão: Anafilaxia é uma reação sistêmica ameaçadora à vida, que ocorre dentro de 2 horas após a exposição ao alérgeno. Urticária, dificuldade respiratória e edema de mucosas fazem parte dos sinais e sintomas mais comuns (2). Apesar da reação transfusional anafilática ser incomum, as reações alérgicas transfusionais são tão comuns quanto a alergia a penicilina (2). A atuação do transfusionista neste caso foi fundamental para mudar o desfecho. Este transfusionista, através dos treinamentos fornecidos anualmente em relação a reação transfusional foi capaz de identificar a gravidade da reação e fazer contato com hemoterapeuta para que a devida intervenção fosse realizada. Ainda, ficou exposto a falha na educação médica em relação às reações transfusionais. **Conclusão:** Quanto mais profissionais forem treinados para reconhecer os sinais e sintomas de reação transfusional maior a chance do tratamento ser efetivo e esta reação não acrescentar morbidade ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1412>

PERFIL HEMATOLÓGICO EM PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME ATENDIDOS PELO GRUPO GSH

GVFDC Rodriguez, CF Antonio, APC Rodrigues, JAD Santos

Grupo GSH, Brasil