

amostras (51%) positivas para a pesquisa do antígeno Kell para pessoas do sexo feminino e 367 amostras (49%) em pessoas do sexo masculino (49%). Em relação à presença do antígeno Kell quanto à tipagem ABO, foi encontrado 287 amostras (38,6%) para doações com a tipagem A, 26 para doações (3,4%) com a tipagem AB, 90 para doações (12%) com a tipagem B e 344 amostras (46%) para a tipagem O. Quando realizada avaliação de positividade do antígeno Kell em relação à tipagem Rh(D) foram obtidos os seguintes resultados: 656 amostras (88%) tinham Kell em doações Rh(D) positivo e 91 amostras (12%) contendo antígeno Kell em doações Rh(D) negativo. **Conclusão:** Acreditamos que os resultados possam ser úteis, pois o antígeno Kell possui importância transfusional, e pode causar reação hemolítica tardia e doença hemolítica perinatal, sua identificação prévia se faz necessária nos doadores de sangue, evitando a transfusão e sensibilização em pacientes K negativos. De acordo com a legislação atual a imunofenotipagem para Kell, não é obrigatória, mas é indicado que os serviços de Hemoterapia tornem prioritário em pacientes em transfusão crônica (politransfundidos), em bebês e crianças do sexo feminino e mulheres em idade fértil para que a ocorra a seleção correta de bolsas K positivas, prevenindo a aloimunização e aperfeiçoando e agregando segurança a prática da medicina transfusional no Brasil.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1489>

DESAFIOS NA DISTINÇÃO ENTRE DOENÇA DA CRIOAGLUTININA (CAD) E SÍNDROME DA CRIOAGLUTININA (CAS): RELATO DE DOIS CASOS

ALBR Soares^{a,b}, LST Papinutto^{a,b}, K Vicenzi^{a,b}, JM Santos^{a,b}, RL Almeida^{a,b}, BB Wigderowitz^{a,b}, RDA Sgro^{a,b}, ASD Anjos^{a,b}, TA Barros^{a,b}

^a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A doença da crioaglutinina é um distúrbio hemolítico mediado por auto anticorpos referidos como crioaglutininas, devido a sua habilidade de reagir com os eritrócitos levando a aglutinação em temperaturas abaixo da corporal. Corresponde a aproximadamente 15% de todas as anemias hemolíticas autoimunes. **Objetivo:** Relatar dois casos de CAD/CAS de um hospital universitário no Rio de Janeiro. **Caso 1:** Mulher, 78 anos, portadora de carcinoma infiltrante de mama há 6 anos, em progressão de doença, com anemia macrocítica e plaquetopenia. Solicitada hemotransfusão e avaliação da hematologia quanto a possibilidade de infiltração medular. Hemograma com anemia macrocítica (VCM 109 fl) e trombocitopenia grave. Nos testes pré-transfusionais, a tipagem ABO mostrou grupo O, fenótipo RhD -, C-, c+, E-, e+. Teste de aglutinina direta (TAD) positivo: Poliespecífico 3+, IgG 2+, C3d 2+; pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) fracamente

positiva, com intensificação da reação a 4°C. Hematoscopia com sangue leucoeritoblástico, sendo realizada biópsia de medula óssea que mostrou infiltração por carcinoma. Submetida a novo esquema quimioterápico, apresentando melhora dos parâmetros hematimétricos e da trombocitopenia. **Caso 2:** AGB, 86 anos, em investigação de anemia, com piora progressiva, sem exteriorização de sangramento. Relato de perda ponderal de 6kg. Nega sintomas respiratórios, gastrointestinais ou geniturinários. Exames laboratoriais: anemia macrocítica (VCM 115 fl), reticulocitose com alteração dos parâmetros de hemólise e painel de anemia carencial normal. Nos testes pré transfusionais, grupo sanguíneo O, RhD-, TAD positivo poliespecífico 4+, IgG +, C3d 3+, subclasse IgG não fixadora de complemento. PAI panreativo a frio e painel a quente negativo, com amplitude térmica > 28 °C. Identificado baixo título de IgM (1:4) e especificidade pelo antígeno I. Seguiu investigação, onde tomografias evidenciaram múltiplas lesões vesicais, com cistoscopia confirmando diagnóstico de carcinoma urotelial invasor de alto grau. **Discussão:** A CAD, ou CAD primária é uma doença linfoproliferativa B monoclonal, uma entidade bem definida. Quando a presença de crioaglutininas complica um distúrbio secundário, como infecções ou neoplasias, utiliza-se o termo síndrome da crioaglutinina (CAS). Para a correta caracterização da crioaglutinina, busca-se identificar a classe do anticorpo envolvido, sendo IgM, a amplitude térmica da reação (mais importante quanto maior a amplitude, até temperaturas acima de 28°C) e a titulação, que quando igual ou maior a 1:64 sugere CAD. Existem outros testes menos disponíveis que podem diferenciar a CAD da CAS, como a eletroforese e imunofixação de proteína mostrando padrão monoclonal IgM kappa e a especificidade pelo antígeno I na membrana dos eritrócitos, características da CAD. No relato ambos pacientes possuíam neoplasia subjacente cujo tratamento resolveu a anemia hemolítica a frio, reforçando a importância de buscar causas secundárias ao identificar a presença de crioaglutininas. Na CAD, pode-se utilizar imunoterapia envolvendo rituximab, com ou sem bendamustina objetivando controlar a linfoproliferação clonal que é a base da doença, assim como inibidores da via do complemento, como o eculizumab, para inibir a hemólise intravascular. **Conclusão:** É importante a distinção entre CAD e CAS, que possuem diferentes tratamentos, além de a CAS poder ser a primeira apresentação de doença neoplásica subjacente, que pode ter elevada mortalidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1490>

ANÁLISE DO PERFIL FENOTÍPICO ERITROCITÁRIO RH E KELL DE PACIENTES ATENDIDOS PELO HEMOCENTRO REGIONAL DE LAGES, SANTA CATARINA

KV Borges^a, JRD Santos^a, EJ Schorner^b

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), Regional Lages, SC, Brasil

^b Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), Florianópolis, SC, Brasil