

considerados como positivos. A identificação de anticorpos irregulares foi feita para os casos com pesquisa de anticorpos irregulares positivos (PAI), através de técnica em gel (Grifols). **Resultados:** A idade média foi de $41,9 \pm 16,5$ anos, sendo 56,3% de pacientes do sexo feminino e 43,8% do sexo masculino. Do total, 39,6% (19) possuíam um transplante prévio e 6,3% (3) eram retransplantes. Sensibilização HLA apenas de Classe I ocorreu em 62,5% (30) dos casos, 18,8% (9) apenas para classe II e 18,8% (9) para Classe I e II. Três pacientes (6,25%) tinham PAI positivo tendo sido identificados os anticorpos: Anti-E, Anti-D e anti-Lewis-b. Todas pacientes com aloimunização eritrocitária eram do sexo feminino e possuíam anti-HLA de classe I (duas para classe I e uma para classe I e II). **Discussão:** A aloimunização, tanto eritrocitária quanto anti-HLA, pode ocorrer naturalmente durante a gestação ou por exposição a antígenos em transfusões ou transplantes. Sua presença pode causar desfechos desfavoráveis, como reações hemolíticas ou mesmo dificultar nas buscas de um órgão. Nossa população de estudo é relativamente jovem, com predomínio feminino e a maioria com anticorpos anti-HLA de classe I. O HLA de classe I é expresso por todas células nucleadas e plaquetas, o que justifica a maior frequência encontrada de anticorpos anti-HLA de classe I. Dos anticorpos anti-eritrocitários, dois pertenciam ao sistema Rh. Há poucos estudos envolvendo sensibilização eritrocitária e anti-HLA. Isoladamente, a presença de anticorpos anti-HLA pode causar uma maior necessidade de imunossuppressores e até mesmo a perda do enxerto. **Conclusão:** A coexistência de aloimunização leucocitária e eritrocitária em candidatos a transplante renal é uma realidade que pode prejudicar e até mesmo atrasar o encontro de um órgão compatível. A exposição gestacional é inevitável, mas medidas de prevenção como uso de filtros de leucócitos, especialmente pré estocagem, e técnicas que aumentem a compatibilidade, como a genotipagem dos sistemas dos grupos sanguíneos e transfusões fenótipo compatíveis podem diminuir a aloimunização nesses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.566>

565

DOENÇA HEMOLÍTICA PERI NATAL (DHPN) GRAVE SECUNDÁRIA A ALOIMUNIZAÇÃO POR ANTI-RH17

M.M.O. Barros^a, P.B. Içibaci^a, K.C.F. Brasileiro^a, P.M.C. Silva^b, A.K. Chiba^a, D.B.S. Pares^b, J.O. Bordin^a

^a Departamento de Oncologia Clínica e Experimental, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

^b Departamento de Obstetrícia, Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Anti-Rh17 é um raro aloanticorpo produzido após estímulo imunológico, por indivíduos que não têm antígenos C/c e E/e do grupo sanguíneo Rh em suas hemácias. Este raro grupo sanguíneo é designado como D- e foi descrito pela primeira vez por Race e Sanger em 1950. A

frequência desse grupo sanguíneo é relativamente alta na população japonesa (1 em 100.000–200.000), sendo muito raro entre os caucasianos e outras populações. DHPN grave pode ser controlado por transfusão intrauterina (TIU), Exsanguíneo transfusão (ET), ou transfusão de CH. Nós relatamos um caso de DHPN secundário a aloimunização por anti-Rh17. **Relato de caso:** Paciente 32 anos, autodeclarada parda, transferida ao serviço para resolução de gestação com 27 semanas de feto hidrópico, associado a doença hipertensiva da gravidez. Tinha histórico de 3 gestações, sendo as duas primeiras com feto a termo e a terceira natimorto com 27 semanas. Necessitou de transfusão de concentrado de hemácias (CH) na primeira gestação. Seus testes imunohematológicos demonstravam ser do Tipo A RhD positivo, com um aloanticorpo fortemente positivo pra todas as hemácias testadas (bio-rad ID Panel 11 hemácias + 2 hemácias de triagem; grifols ID Panel 15 hemácias + 3 hemácias de triagem). Teste de antiglobulina direto (TAD) e autocontrole negativos. Fenotipagem eritrocitária da paciente: RhD positivo e negativo para os antígenos C, c, E, e, CW. Aloadsorção com hemácias R1R1 são identificados anti-E e anti-c e aloadsorção com hemácias R2R2 são identificados Anti-e e Anti-C. Título do anticorpo > 1024. Reação negativa com eritrócitos com fenótipos D-. Tipagem do feto O R1R1, não sendo possível realizar TIU com sangue materno. Encontrada doadora de 69 anos O D-, do Hospital Israelita Albert Einstein que concordou em doar 100 ml para TIU e iniciada plasmáfereze materna, com intuito de reduzir título de anticorpo e evitar ET. Após segunda sessão o título do anticorpo foi reduzido para 256. A gestante evoluiu com quadro de eclâmpsia, necessitando de cesárea de urgência com perda sanguínea importante, e anemia grave (hemoglobina pós-cesárea de 5g/dL), com necessidade de transfusão de CH. O feto nasceu com 29 semanas, não necessitou de ET, mas precisava de transfusão de CH. A transfusão de CH O D-, proveniente do HEMOCE, foi realizada em ambos, 4 dias após sua solicitação, através do Programa Sangue Raro do Ministério da Saúde. Gestante evoluiu bem com alta hospitalar em 15 dias e neonato evoluiu bem, coma alta da unidade de cuidados intensivos 3 meses após o nascimento, sem necessidade de ET. No 10º dia de vida, neonato não apresenta nenhuma evidência de anticorpo materno (PAI e TAD negativos, em AGH e com hemácias tratadas com enzima) circulante, e passa a ser transfundido com hemácias O R1R1, com bom incremento e sem evidência de hemólise. **Conclusão:** Nós relatamos um caso de DHPN secundário a aloimunização por anti-Rh17, tendo um controle bem sucedido com TIU, Plasmáfereze (com redução do título de anticorpos) e transfusão de CH, sem necessidade de ET.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.567>

