

2 cirurgias cardíacas prévias (2014 e 2017) e púrpura trombocitopênica idiopática crônica sem necessidade de tratamento prévio. A admissão, exames demonstravam plaquetas de 47.000, TTPa 35,8, INR 1,5 e fibrinogênio de 234. O Anticorpo anti-PF4 foi de 4,8 U/mL, e as plaquetas chegaram a 19.000. Foram realizados dois ciclos de IGIV, sem resposta, e mesmo com associação de corticóide 1 mg/kg/dia, não houve resposta. Foi optado por realizar plasmáfereze terapêutica com realização em dias seguidos com troca de 1 volemia plasmática e reposição realizada com plasma fresco congelado em todas as sessões. Após 4 sessões, paciente apresentou melhora clínica, a despeito de manter plaquetopenia. Nesse momento, devido a história de PTI prévia, foi optado por iniciar eltrombopag. **Conclusão:** Relatamos 2 casos clínicos, nos quais a plasmáfereze terapêutica pode contribuir para evitar um desfecho desfavorável na VIT.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.525>

PLASMAFÉRESE PRÉ-TMO DEVIDO INCOMPATIBILIDADE ABO MAIOR

TCF Santos, I Garbin, GM Raitz, MS Urazaki, NF Beccari, LN Farinazzo, NR Ziolla, IG Vitoriano, VG Freitas, MCL Falco

Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Objetivo: Relatar a redução efetiva de isoaglutinina Anti-A previamente ao Transplante de Células Tronco Hematopoieticas (TCTH) com incompatibilidade ABO-maior. **Metodologia:** Os dados foram obtidos por meio de revisão do prontuário e entrevista do paciente **Relato de caso:** Paciente feminina, 54 anos, diagnóstico de Anemia Aplástica grave sem resposta a imunossupressão e com proposta de TCTH alogênico. Doador aparentado, HLA idêntico, do grupo A RhD(+) e paciente do grupo O RhD(+) com título de anti-A IgG 4096 e IgM 512. Indicada a redução de isoaglutininas por plasmáfereze. Três procedimentos foram inicialmente realizados 10 dias antes do regime de condicionamento (com redução do Anti-A/IgG de 4096 para 32) e mais três sessões foram realizadas do D-2 ao D0 (com redução do Anti-A/IgG de 256 para 16). A infusão se deu após a última sessão. Utilizou-se Plasma Fresco Congelado (PFC) do grupo A como fluido de reposição e processamento de uma volemia. **Discussão:** A incompatibilidade ABO-maior ocorre em cerca de 20% a 25% dos TCTH e está associada a hemólise, atraso na enxertia eritróide, Aplasia Pura da Série Vermelha e consequente aumento das demandas transfusionais e seus efeitos indesejáveis. Essas complicações ocorrem pela presença de isoaglutininas específicas contra o doador (DSI) no plasma do receptor e o risco é maior quando em títulos elevados e quando incompatibilidade mediada por anti-A. Acredita-se que os títulos de anticorpos da classe IgG (e não IgM) são melhores preditores da demanda transfusional pós-transplante. A plasmáfereze é uma forma de reduzir isoaglutininas e pode ser considerada quando títulos ≥ 32 , embora variabilidade exista entre os centros e diferentes técnicas de titulação como tubo ou gel. Os procedimentos são



realizados diariamente com objetivo de reduzir o título para <16 imediatamente antes da infusão. A técnica é mais eficiente para redução de anticorpos da classe IgM por sua localização eminentemente intravascular, porém mais procedimentos são necessários para depleção dos anticorpos da classe IgG. Uma forma de depletar ainda mais o anti-A é a escolha do PFC grupo A ou AB devido a ocorrência de antígenos A solúveis nestes fluidos, capazes de neutralizar o anticorpo remanescente. As quantidades de antígeno A solúvel não maiores no plasma A do que no AB uma vez que não há competição entre as glicosiltransferases A e B sobre a substância precursora H1 presente nos indivíduos secretores. Esta diferença entre os PFCs A e AB, no entanto, é clinicamente irrelevante quando o paciente é do grupo O devido ao anticorpo anti-A,B que pode ser neutralizado por ambos antígenos solúveis A e B. Portanto, a escolha do PFC A contribui com a melhor manutenção dos estoques de plasma AB, por sua vez de menor disponibilidade e de maior consumo no cenário do trauma até que os testes pré-transfusionais permitam liberar componentes isogrupos. **Conclusão:** Esse caso demonstra a efetividade da estratégia de se realizar plasmáfereze com PFC A para pacientes O com altos títulos de isoaglutinina anti-A/IgG no cenário da incompatibilidade ABO-maior no TCTH alogênico. Três procedimentos foram capazes de reduzir os títulos de 4096 para 32 na fase pré-condicionamento e de 256 para 16 imediatamente antes da infusão das Células Progenitoras Hematopoieticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.526>

PLASMAFÉRESE TERAPEÚTICA COMO ALTERNATIVA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA INFUSÃO DO PROPOFOL: RELATO DE CASO

CS Aurabi, A Kowes, LH Dulley, RC Lima, RC Alves, MCA Olivato, CS Georg, VF Dutra, CH Godinho, DE Fujimoto

Hemocentro da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O propofol é um medicamento muito usado para sedação, bem como indução e manutenção de anestesia geral, e tem vantagens como o rápido início de ação e a curta duração. A síndrome da infusão do propofol (SIP) é uma condição rara e potencialmente fatal que pode ocorrer após infusões prolongadas e em altas doses, e é caracterizada por acidose láctica, instabilidade hemodinâmica, rabdomiólise, hipertrigliceridemia, falência renal, hipercalemia e alterações eletrocardiográficas. Não há tratamento específico, o manejo consiste na suspensão da droga e no controle das disfunções apresentadas. Plasmáfereze, hemodiálise e oxigenação por membrana extracorporea são opções que podem ser benéficas. A plasmáfereze consiste na separação do sangue entre plasma e elementos celulares, e no procedimento ocorre a retirada do plasma do paciente, que é substituído por um fluido de reposição. **Relato de caso:** JRMS, masculino, 31 anos, sem comorbidades, vítima de politrauma por atropelamento. Na admissão necessitou de intubação orotraqueal e foi



iniciada sedação com propofol em infusão contínua. Na admissão apresentava função renal e eletrólitos normais e creatinofosfoquinase (CPK) 3041 U/L. Ao longo dos dias evoluiu com instabilidade hemodinâmica com necessidade de droga vasoativa, além de lesão renal aguda com oligoanúria, elevação de escores e hipercalemia refratária, sendo indicada hemodiálise no 10º dia. Além disso, evoluiu com acidose metabólica, hipertrigliceridemia (684 mg/dL) e rabdomiólise, com elevação progressiva de CPK, sendo levantada hipótese diagnóstica de SIP. Medicação foi suspensa e, devido a refratariedade das medidas clínicas insuportáveis e da terapia dialítica, foi solicitada avaliação da equipe de hemoterapia para associação de plasmaférese terapêutica. No 16º dia paciente atingiu CKP 41129 U/L e no 17º dia foi realizada primeira sessão de plasmaférese, com paciente ainda sob ventilação mecânica e em uso de noradrenalina, sendo realizada troca de uma volemia plasmática e usando albumina como fluido de reposição. No dia seguinte houve redução de CPK para 2458 U/L. No 19º dia foi submetido a nova sessão de plasmaférese. Evoluiu com queda progressiva de CPK, até normalização no 25º dia, além de redução da hipertrigliceridemia e retorno da estabilidade hemodinâmica. No 31º dia foi retirada ventilação mecânica. Após resolução do quadro, paciente apresentou outras intercorrências e recebeu alta hospitalar no 96º dia. **Discussão:** Foi apresentado caso com forte suspeita de SIP submetido a plasmaférese como alternativa terapêutica, uma opção pouco descrita para esse diagnóstico. Ainda não existe terapia específica para a SIP, além da suspensão da droga. Foi encontrado relato de caso na literatura que mostrou benefício com a plasmaférese e existe evidência grau 2C para indicação de plasmaférese em casos de hipertrigliceridemia e de intoxicação por drogas. No caso relatado a intervenção foi associada a melhora da condição clínica e dos parâmetros laboratoriais, resultando em reversão do quadro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.527>

TETRAPARESIA FLÁCIDA APÓS TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA: RELATO DE CASO

DJ Silva, IC Lima, AA Ferreira, LA Pires, MA Mota, MFCB Valente, KMM Ribeiro, STF Grunewald, CMAS Vieira, VJF Pereira

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brasil

Objetivo: Relatar um caso de tetraparesia flácida após início do esquema vacinal em paciente submetida a transplante de medula óssea (TMO) autólogo para tratamento de linfoma não Hodgkin. **Relato do caso:** Trata-se de uma mulher parda, de 32 anos, com histórico de linfoma não Hodgkin, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, submetida a TMO em abril/2020 que, após iniciar regime vacinal de rotina pós-TMO, em outubro/2020, evoluiu com sintomas sistêmicos inespecíficos, caracterizados por febre não aferida, náuseas e vômitos. Nenhum quadro infeccioso foi detectado naquele momento. Cerca de 12 dias mais tarde, a paciente passou a apresentar quadro sensitivo-motor

caracterizado por parestesia e paresia ascendentes, inicialmente em pés, com progressão para o abdome e mãos em 24 horas, além de disfagia para líquidos e diplopia. Familiares relatavam ainda alguns episódios de síncope nos últimos dois dias anteriores à consulta médica e sudorese extrema e intermitente na região da face. A paciente foi admitida em unidade de terapia intensiva onde foram verificadas hipotonia generalizada, arreflexia global, disautonomia e dissociação proteíno-citológica na análise do líquido cefalorraquidiano, estabelecendo-se o diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré (SGB). Foram descartados quadros infecciosos, inclusive COVID-19, assim como a recidiva do linfoma. Três dias depois houve deterioração da função respiratória com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Optou-se por tratamento com plasmaférese (cinco sessões em dias alternados com troca de uma volemia plasmática por sessão). Os efeitos colaterais ao procedimento foram um pequeno hematoma em local de inserção do acesso venoso e distúrbios eletrolíticos moderados, corrigidos sem dificuldade. A recuperação motora foi rápida e a paciente recebeu alta hospitalar após 20 dias de internação, deambulando sem apoio e mantendo-se livre de quaisquer sequelas sensitivo-motoras durante o seguimento. **Discussão:** paralisias flácidas progressivas são condições frequentes em departamentos de urgência, mas que ainda constituem relevante desafio diagnóstico. Na maioria das vezes a SGB está associada a uma resposta imunológica a um estado infeccioso prévio, porém, em alguns raros casos, pode se desenvolver após imunizações ou transplante de medula óssea. A plasmaférese é tão efetiva quanto a infusão de imunoglobulinas no tratamento da SGB, embora com mais efeitos colaterais em potencial como hipotensão, sepse, reações transfusionais e problemas relacionados ao acesso vascular. Os resultados tendem a ser superiores quando a plasmaférese é iniciada nos primeiros sete dias do surgimento dos sintomas, melhorando a força muscular, diminuindo a necessidade de ventilação mecânica e acelerando a recuperação dos pacientes com SGB grave. **Conclusão:** a rápida progressão sintomática apresentada pela paciente e a excelente resposta clínica após a instituição da plasmaférese reforçam a importância de um diagnóstico precoce pois, com a terapia adequada é possível atingir uma reversão completa das manifestações e evitar danos neurológicos permanentes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.528>

ANTÍGENOS DAS CÉLULAS DO SANGUE

ALOANTICORPO DIRECIONADO A ANTÍGENO DE ALTA FREQUÊNCIA EM PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA INFECCIOSA: RELATO DE CASO

AG Vizzoni, AFV Pascoal, FRM Silva

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz (INI/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

