

abdômen sem visceromegalias. Apresentava tipagem B Rh(D) positivo, TAD negativo, PAI negativo. A fenotipagem eritrocitária mostrou dupla população celular (DP) para os antígenos “c” e “E”: C+, Cw-, e+, k-, c DP, E DP. Foi realizada coleta de uma segunda amostra, que confirmou a dupla população descrita com o mesmo método utilizado e com anti-soros de origem distinta (em tubo e em gel). A fenotipagem estendida para outros sistemas não mostrou outras alterações. O doador negou ter recebido transfusões de sangue. Devido à alteração no hemograma e na fenotipagem eritrocitária, o doador não foi liberado para doação e foi encaminhado para investigação hematológica. Após confirmação do diagnóstico de Leucemia Mielóide Crônica (BCR-ABL p210), o doador foi considerado inapto e encaminhado para tratamento, e outro doador foi considerado para a doação de medula óssea. **Discussão:** A dupla população eritrocitária pode ser encontrada naturalmente em gêmeos dizigóticos e já foi descrita também em pacientes idosos. Pode ser ocasionada por transfusão de sangue, transplante de medula óssea ou de órgãos sólidos e, ainda, pode ser um indicativo de estados pré-leucêmicos ou de leucemias instaladas, podendo envolver antígenos do sistema ABO ou mesmo de outros sistemas. No caso relatado, o doador assintomático e sem alterações ao exame físico foi diagnosticado com uma neoplasia hematológica após suspeição e investigação decorrentes da avaliação hemoterápica realizada, que evidenciou a leucocitose com desvio escalonado e a dupla população eritrocitária no sistema Rh. **Conclusão:** É importante a adequada e completa avaliação dos doadores de medula óssea pelo Serviço de Hemoterapia, visando sua segurança e a dos receptores de suas doações.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.579>

578

RELATO DE CASO: REAÇÃO TRANSFUSIONAL HEMOLÍTICA AGUDA POR ANTICORPO CONTRA ANTÍGENO DE BAIXA FREQUÊNCIA POPULACIONAL

A.C. Gaspardi, A.S.D.S. Carolino, R.L. Silva, J.L.C. Lima, F.G. Fujita-Neto

Fujisan – Centro de Hemoterapia, Hematologia e Terapia Celular do Ceará LTDA, Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: Como bem estabelecido, nenhum ato transfusional é isento de riscos, portanto cada prescrição deve ser realizada de maneira consciente, sempre considerando potenciais riscos e benefícios. Embora toda transfusão seja realizada mediante testes laboratoriais exigidos pela legislação vigente, salvo exceções devidamente justificadas, ainda assim podemos nos deparar com reações transfusionais hemolíticas (RTH) agudas ou tardias causadas por aloanticorpos, fazendo com que o reconhecimento imediato e notificação subsequente ao banco de sangue seja de fundamental importância. **Objetivo:** Embora reações hemolíticas graves de origem imune sejam infrequentes, neste trabalho, descrevemos a nossa experiência com uma paciente pediátrica após a transfusão de uma alíquota de concentrado de hemácias filtradas e irradiadas (CHF) em um serviço ambulatorial, com falha no

processo de identificação e comunicação correta da RTH. **Relato de caso:** Paciente oncopediátrica do sexo feminino, 04 anos, A positivo, PAI negativo, diagnosticada com neuroblastoma e transfundida com uma alíquota de 170 mL de CHF em um serviço ambulatorial. Após 48h, a paciente foi admitida em outro hospital com a prescrição de uma alíquota de CHF. Embora a amostra ainda estivesse dentro do prazo estabelecido pela legislação vigente de 72h e a bolsa-mãe disponível, por precaução, nova amostra foi coletada. Durante os testes pré-transfusionais foi constatado presença de hemólise na amostra, PAI negativo com prova de compatibilidade positiva. Paciente foi transfundida com outra unidade sem intercorrência. Após 120h da primeira transfusão, o banco de sangue foi notificado em relação à reação transfusional hemolítica, com os seguintes sintomas relatados: febre, urina escura, mal estar, náuseas e vômitos, icterícia, dor abdominal e queda do nível inicial de Hb. A partir da ciência da reação transfusional, até o momento desconhecida pelo banco de sangue, as três amostras da paciente foram submetidas à repetição dos testes imuno-hematológicos (tipagem ABO/RhD, PAI, prova de compatibilidade, teste direto da antiglobulina e retipagem ABO/RhD do hemocomponente). Após investigação laboratorial, constatamos ausência de anticorpo irregular nas três amostras e prova de compatibilidade positiva somente na amostra intermediária (48h após transfusão). Na amostra coletada após 120h não foram encontrados indícios de reação transfusional, inclusive com o título do anticorpo indetectável, sendo assim, conseqüentemente a prova de compatibilidade da bolsa em questão também estava negativa. **Conclusão:** Não foi possível identificar a especificidade do anticorpo por tratar-se provavelmente de anticorpo contra antígeno de baixa frequência populacional, incluindo a queda do título. Além disso, alertamos sobre a importância da agilidade e habilidade das equipes de enfermagem e médica no reconhecimento e notificação das reações transfusionais, visto que nesse caso, não foi possível detectar nenhuma evidência laboratorial da reação após 120h.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.580>

579

RH ANTIBODIES AS A RESULT OF ALTERED RH EPITOPES ON TRANSFUSED RED CELLS: A CASE SERIES OF 7 BRAZILIAN PATIENTS

M.D. Macedo, M.R.M. Miranda, T.D.D. Santos, I. Leal, L. Castilho

Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brazil

Background: Rh antibodies produced by patients receiving Rh-matched RBC units may be associated with inheritance of altered RH alleles or a result of altered Rh epitopes on donor red blood cells (RBCs). Based on this, our aim was to evaluate unexpected Rh antibodies in Brazilian patients receiving regular transfusions and assess the clinical significance of the alloantibody produced. **Material and methods:** We investigated 7 patients (5 with sickle cell disease (SCD), 1 with myelodysplastic syndrome (MDS) and 1 with β -thalassemia)