

Desta forma, visando identificar os dados estatísticos relacionados a prevalência de hemoglobinopatias estruturais nas regiões Sul e Sudoeste da Bahia, foi realizada uma coleta de dados secundários na referida instituição, onde 4.909 (6,67%) das gestantes eram portadoras de alguma hemoglobinopatia, sendo 2.540 (6,68%) pacientes do ano de 2018 e 2.369 (6,66%) do ano de 2019. Vale evidenciar, que 8 gestantes foram identificadas como portadoras de Anemia Falciforme e 3.089 do Traço Falcêmico. Vale destacar, que foi encontrada uma alta frequência para o Traço Falciforme, no entanto, outras hemoglobinopatias que podem desencadear problemas clínicos importantes, especialmente no período gestacional, foram identificadas como; HbAC (2,24%), HbCC (0,019%), HbSC (0,045%), HbAD (0,026%), HbAF (0,11%), HbSF (0,0025%), e HbAE (0,016%). **Discussão:** De acordo com as diretrizes do Projeto Rede Cegonha, todas as gestantes devem realizar a primeira coleta no primeiro trimestre da gestação e uma segunda coleta no segundo trimestre da gestação (para testagem de HIV, sífilis e citomegalovírus). Contudo neste estudo só foram utilizados dados das gestantes que realizaram a primeira coleta, já que a detecção de hemoglobinopatias é testada no LABIMUNO nesta fase, podendo variar o trimestre de gravidez, uma vez que ao chegar à Unidade de Saúde a grávida vai passar pela primeira coleta independente do estágio gestacional. A elevada frequência de hemoglobinopatias encontrada neste estudo é de grande importância e aponta para a necessidade de um diagnóstico anterior ao período gestacional, porém, muitas grávidas postergam os exames e consultas pré-natais do primeiro trimestre gestacional, como foi observado ao longo desta pesquisa no grupo estudado. **Conclusão:** A partir dos resultados obtidos no presente estudo, podemos concluir, que o grupo em estudo, possuía 6,67% de gestantes portadoras de hemoglobinopatias estruturais. Esse grupo é representado em sua grande maioria por gestantes portadoras de anemia falciforme ou traço falcêmico. Vale destacar, que o perfil hemoglobínico das gestantes do estudo revelou a presença de hemoglobinopatias de grande importância, como a HbSC, HbSS e HbCC. Sendo assim, este estudo indica evidências da acessibilidade para o diagnóstico de baixo custo e de rápida detecção para portadores de hemoglobinopatias estruturais, e tem grande importância, devendo nortear a definição de políticas públicas relacionadas a programas educacionais e assistenciais para o acompanhamento materno-infantil na população estudada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.074>

#### DOENÇA HEMOLÍTICA POR AGLUTININA A FRIO: UM RELATO DE CASO

NCR Cunha, LS Oliveira, CGQ Ferreira,  
LB Lanza, FA Silva, ACON Luz, RL Pacca,  
LV Cota, SS Fernandes, FLS Santos

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP),  
Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP,  
Brasil

**Introdução:** A Anemia Hemolítica Auto-imune (AHAI) a frio é mediada por autoanticorpos que reagem entre 0-4°C e é

subclassificada em doença da aglutinina a frio (do inglês cold agglutinin disease- CAD), síndrome da aglutinina a frio e hemoglobinúria paroxística a frio. A CAD é definida por hemólise mediada por anticorpo com Teste Direto da Antiglobulina (TAD) fortemente positivo para C3d e títulos de aglutinina de 64 ou mais a 4°C. Por definição, os pacientes com CAD não podem apresentar evidência clínica ou radiológica de malignidade. **Objetivo:** Relatar um caso de CAD em manejo conservador, ocorrido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 61 anos, procurou assistência médica com relato de acrocianose e colúria quando manipulava gelo. Não apresentava sinais e sintomas de anemia, perda ponderal, linfonodomegalia, febre ou hepatoesplenomegalia. Aos exames laboratoriais apresentava hemólise compensada, macrocitose, autoaglutinação na lâmina de sangue periférico, teste direto da antiglobulina (TAD) positivo para C3d (3+) e IgM (fraco) e autoanticorpo com especificidade anti-I com título 512 a 4°C com amplitude térmica a 28°. A investigação para doença linfoproliferativa resultou negativa e avaliação de população clonal no sangue periférico e medula resultaram negativas. Excluindo-se então malignidade, o diagnóstico ficou definido como CAD. Desde o diagnóstico, o paciente segue em conduta conservadora, com hemólise controlada, nunca precisou de transfusão, mantendo bom controle com fenômenos vasculares evitando exposição ao frio. Oito meses após o diagnóstico da CAD foi diagnosticado com adenocarcinoma de próstata. Realizou radioterapia e supressão hormonal, mas não houve mudança nos exames de hemólise após finalizado o tratamento, o que favorece não haver correlação com o diagnóstico hematológico. **Discussão:** A CAD representa 15 a 30% das AHAI e tem uma incidência estimada de 0.5 a 1.9 casos por milhão de habitantes por ano. Atualmente sabe-se que a CAD é uma doença linfoproliferativa clonal da medula óssea caracterizada por achados morfológicos, imunohistoquímicos, de citometria de fluxo e de genética molecular. A hemólise é mediada por complemento e é predominantemente extravascular, porém nos períodos de descompensação evolui também com padrão intravascular. A maioria dos pacientes vão se apresentar com anemia moderada e com sintomas induzidos pelo frio como a acrocianose ou o Fenômeno de Raynaud. O tratamento daqueles pacientes com hemólise compensada, assintomáticos ou oligossintomáticos, que representam 12% dos casos de CAD, consiste em conduta expectante e medidas comportamentais como prevenir a exposição ao frio. Quando é necessário o tratamento medicamentoso, o Rituximabe parece ter as melhores taxas de resposta enquanto os corticoides não são eficazes. **Conclusão:** A CAD é uma condição cujo diagnóstico e tratamento são desafiadores. A diferenciação daqueles com infecções ou doenças linfoproliferativas é essencial para o diagnóstico e manejo. Apesar da patogênese já estar bem definida como uma desordem clonal, não é necessário para o diagnóstico a demonstração da clonalidade mas é obrigatório excluir doença linfoproliferativa. O manejo nos casos oligossintomático se faz de forma expectante e com medidas comportamentais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.075>