

de difícil diagnóstico diferencial com outras causas de anemia e plaquetopenia. Mais de 80% dos indivíduos acometidos têm idade acima de 60 anos e apenas 8 a 10% menos de 50. Acometem mais indivíduos do sexo masculino e a maioria é de origem idiopática. **Objetivos:** Quantificar as transfusões realizadas em pacientes com SMD no ambulatório da Clínica de Hemoterapia. **Material e métodos:** Foram avaliadas num período de 30 meses (janeiro/20 a junho/22), as transfusões realizadas no ambulatório da Clínica de Hemoterapia em pacientes com diagnóstico de SMD. Avaliamos sua necessidade transfusional, considerando o número de transfusões de concentrados de hemácias e de concentrados de plaquetas (em pool ou aférese). **Revisão de literatura:** As SMD se caracterizam por citopenias isoladas ou combinadas, associadas a alterações de maturação em uma ou mais linhagens hematopoiéticas. Cursam com anemia muitas vezes acompanhada de trombocitopenia e/ou leucopenia. Os eritrócitos são macrocíticos ou dismórficos, muitas vezes hipocrômicos e os granulócitos podem apresentar hipogranulação. De 30% a 60% dos pacientes possuem cariótipo normal. A classificação adotada pela OMS a partir de 2001 considera o número de linhagens hematopoiéticas acometidas, o percentual de blastos e o tipo de anomalia citogenética. A principal diferença para a LMA está na contagem de blastos, inferior a 20% nas SMD e superior a 20% na LMA. O diagnóstico diferencial é feito com outras patologias citopênicas, hematológicas ou não, tais como anemia aplástica, mielofibrose e doenças autoimunes. **Resultados:** Foram atendidos 55 pacientes, 29 masculinos (52,8%) e 26 femininos (47,2%), com idade média de 74,5 anos (mínima de 40 e máxima de 92), sendo 90% acima de 60 anos. Dos 2289 CH transfundidos no ambulatório neste período, 534 (23,32%) foram em pacientes portadores de SMD, assim como 133 (46,83%) das 284 transfusões de CP (pool ou aférese). Dos 55 pacientes, 54 receberam transfusão de CH (1 a 51) e 16 receberam transfusão de CP (1 a 30). **Discussão:** Os pacientes portadores de SMD corresponderam a quase das transfusões de CH e a metade das transfusões de CP realizadas a nível ambulatorial, comprovando a alta prevalência desta síndrome, principalmente na população idosa. Nas SMD, a anemia não melhora com tratamentos tradicionais (reposição de ferro, folato, vitamina B12, eritropoetina). Por serem pacientes idosos e portadores de comorbidades, não toleram tratamentos quimioterápicos agressivos nem são candidatos a transplante de medula óssea. Assim sendo, é comum a evolução para necessidade de suporte transfusional de CH e, eventualmente, de CP. **Conclusão:** Embora variável em número, frequência e tipo de hemocomponente, o suporte transfusional é quase sempre necessário durante a evolução das SMD, e os serviços de hemoterapia devem estar preparados para atender esta demanda.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.691>

DESCONFORTO RESPIRATÓRIO AGUDO ASSOCIADO À TRANSFUSÃO

M Lisboa, O Pereira, M Gramático, D Vidal, J Todesco

Clinica de Hemoterapia, Niterói, RJ, Brasil

Introdução: O desconforto respiratório relacionado à transfusão ocorre em reações transfusionais imediatas de várias causas que devem ser diferenciadas. A mais frequente é a Sobrecarga Circulatória Relacionada à Transfusão (TACO), caracterizada por edema pulmonar agudo de origem cardiogênica. Ocorre em pacientes suscetíveis à sobrecarga de fluidos, como idosos, portadores de cardiopatia ou insuficiência renal. O principal diagnóstico diferencial é com a Lesão Pulmonar Aguda Relacionada à Transfusão (TRALI), uma reação imunológica rara, caracterizada por edema pulmonar não cardiogênico. O principal mecanismo é a ativação de neutrófilos após a infusão de hemocomponentes contendo anticorpos anti-HLA e/ou anti-HNA, levando à inflamação e edema alveolar. Outras causas de desconforto respiratório são as reações alérgicas, contaminação bacteriana, embolia aérea e dispnéia associada à transfusão (DAT). **Objetivos:** Avaliar retrospectivamente os casos de desconforto respiratório agudo relacionado à transfusão da Clínica de Hemoterapia quanto às possíveis causas. **Material e métodos:** Foram avaliados os casos de desconforto respiratório agudo notificados entre outubro/15 e outubro/19, tendo como critério de inclusão a presença de dispnéia. Por ser anterior à pandemia, este estudo não incluiu pacientes portadores de Covid-19. **Resultados:** Foram identificados 41 casos de desconforto respiratório agudo durante ou até 6 horas após a transfusão, em 30 pacientes femininos (73,17%) e 11 masculinos (26,83%), com idades entre 7 e 99 anos, sendo 26 (63,41%) acima dos 60 anos. Quanto aos hemocomponentes transfundidos, 34 pacientes receberam apenas concentrados de hemácias, 1 apenas concentrados de plaquetas, 1 apenas plasma fresco e 5 receberam múltiplos hemocomponentes. A dispnéia ocorreu em 100% dos casos (critério de inclusão), sendo acompanhada de hipertensão arterial em 17 pacientes (41,46%), hipotensão em 3 (7,32%) e febre em 1 (2,44%). Dos 24 pacientes submetidos à avaliação radiológica e/ou tomografia de tórax, 22 apresentavam alterações sugestivas de congestão pulmonar. A ventilação mecânica foi necessária em 11 pacientes (26,83%). Quase todos evoluíram com regressão do quadro respiratório após uso de diuréticos, corticóides, anti-hipertensivos e suporte de oxigênio. Apenas 1 foi a óbito. A maioria dos pacientes teve o diagnóstico de provável TACO e apenas 1 foi diagnosticado como provável TRALI. **Discussão:** A maioria dos casos ocorreu em pacientes idosos (acima de 60 anos), portadores de comprometimento cardíaco prévio e outras comorbidades associadas, que não toleraram receber grandes volumes em curto espaço de tempo. Portanto é importante identificar os pacientes de maior risco de desenvolverem esta complicação e adotar medidas preventivas como a transfusão lenta ou em alíquotas e o maior intervalo entre a administração dos hemocomponentes. Muitas vezes é levantada a suspeita de TRALI, mas as limitações técnicas para confirmação do diagnóstico (identificação do anticorpo anti-neutrofílico) dificultam a diferenciação com outras síndromes respiratórias. **Conclusão:** É necessário definir critérios e facilitar a execução de testes diagnósticos mais precisos para diferenciar as síndromes respiratórias relacionadas à transfusão, além de intensificar a adoção de medidas preventivas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.692>