

plasmática. Após 3 sessões de PFT, houve melhora clínica significativa, inclusive no exame neurológico do paciente. 2°. Mulher de 22 anos, previamente hígida, apresentou infecção respiratória superior e PCR nasofaríngeo positivo para Covid-19, em 10 de janeiro de 2022. Após 3 dias do diagnóstico, esta paciente apresentou parestesia ascendente progressiva simétrica. A avaliação eletrofisiológica comprovou uma polineuropatia desmielinizante segmentar e o exame do líquido cefalorraquidiano mostrou dissociação albumin-citológica. O tratamento com pulsoterapia com corticoides e imunoglobulina endovenosa não mostrou resultado satisfatório nesta paciente, que evoluiu com características autonômicas e insuficiência respiratória aguda. Portanto, foi necessário iniciarmos o protocolo institucional de PFT, 1x/dia, com troca de uma volemia plasmática. Após a quarta PFT, o exame clínico neurológico da paciente apresentou melhora significativa, podendo inclusive ser extubada. Finalizamos o tratamento com mais quatro PFTs adicionais até alta hospitalar da mesma para reabilitação. **Conclusão:** A SGB é uma doença paralítica flácida aguda com fraqueza progressiva simétrica e arreflexia, geralmente ocorre após uma infecção respiratória ou gastrointestinal, com apresentação variando entre 3 e 50 dias. O suposto mecanismo fisiopatológico é uma resposta autoimune aberrante que evoca uma reação cruzada contra os antígenos dos nervos periféricos. Nesses dois casos acima, as características epidemiológicas, clínicas e os achados laboratoriais sugerem que a infecção por SARS-CoV-2 pode ser mais uma infecção viral causadora de GBS. A resposta ao tratamento com TPE em ambos os pacientes foi positiva e gratificante.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.860>

INSPEÇÃO VISUAL DA AMOSTRA DE SANGUE DO DOADOR DE PLAQUETAS POR AFÉRESE: ESTRATÉGIA PARA REDUÇÃO DE DESCARTE POR LIPEMIA

EAS Moraes, HC Moura, JCS Júnior, R Matias, WR Carvalho, AJ Silva

Grupo GSH, Brasil

Objetivos: Descrever o processo de inspeção visual da amostra de sangue do doador de plaquetas por aférese antes do procedimento para a redução do descarte por lipemia. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo, observacional, transversal com dados obtidos do sistema de *software* do Banco de Sangue Hemato – Grupo GSH, localizado em Recife-PE, no período de julho de 2020 a julho de 2022. Foi realizada uma análise descritiva por meio de frequência absoluta e percentual e comparação dos dados. **Resultados:** O Banco de Sangue realizou a coleta de 3.182 concentrados de plaquetas pelo procedimento de aférese (CPA), sendo que 51% foram coletados após a implantação da inspeção visual da amostra de sangue antes do procedimento de aférese. A inspeção visual da amostra de sangue do doador (4mL de sangue total em tubo com EDTA), era realizada com a mesma amostra utilizada para análise do hematócrito, hemoglobina e contagem plaquetária, após a avaliação dos parâmetros do hemograma. As amostras

dos doadores com aptidão hematológica seguiam para centrifugação, na centrifuga de tubos OMEGA, com frequência de 3250 RPM, durante 3 minutos e, em seguida, era realizada a inspeção macroscópica do sobrenadante. Lipemia era considerada quando o sobrenadante apresentava coloração amarela turva ou leitosa. Após a implantação da inspeção visual da amostra de sangue antes do procedimento de aférese, o descarte por lipemia reduziu de 4 unidades para 1 unidade ao ano, sendo este último devido à falha no plano de contingência, quando o equipamento estava em manutenção. **Discussão:** Existem poucos dados na literatura sobre a frequência de doações lipêmicas e não há uma uniformização de critérios para estabelecer o limite laboratorial para exclusão deste perfil de doação. De forma técnica, lipemia é definida comumente como turbidez plasmática visualmente detectável, devido à concentração elevada de lipoproteínas. A lipemia produz interferência em testes laboratoriais que usam mecanismos de transmissão de luz, o que pode influenciar nos testes para avaliação de doenças infecciosas. Além disso, existem estudos que correlacionam doações lipêmicas e maior incidência de hemólise nos hemocomponentes. Antes da doação de sangue, a identificação bem sucedida da lipemia, com inspeção visual de amostras, proporciona a chance de reduzir o descarte de CPA e custos nos processos hemoterápicos. O estudo atual demonstrou que a inspeção visual da amostra antes do procedimento de aférese foi uma boa estratégia para reduzir o descarte por lipemia. Entretanto, devido a variabilidade na análise de lipemia entre observadores, guias visuais para padronizar a identificação de amostras lipêmicas devem ser incentivados. **Conclusão:** A inspeção visual da amostra de sangue total de doadores, antes do procedimento de aférese, foi uma boa estratégia para reduzir o descarte de CPA por lipemia. Entretanto, deve ser incentivada a criação de escala visual para detecção de lipemia e reduzir a variabilidade na interpretação individual.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.861>

REMISSÃO COMPLETA DE PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA APÓS TRATAMENTO COM PLASMAFÉRESE E RITUXIMABE APÓS RECIDIVA DE CINCO ANOS DE TRATAMENTO NO HEMOPE

MEP Silva ^{a,b}, SMW Queiroz ^b, GCJ Moura ^b,
REA Silva ^{a,b}, KMLP Silva ^{a,b}, PTH Silva ^{a,b},
MG Carneiro ^{a,b}, ER Cavalcante ^{a,b}, NCM Costa ^b,
TMR Guimaraes ^{a,b}

^a Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil

^b Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: A Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT) trata-se de microangiopatia trombótica, causada por deficiência da enzima ADAMTS13 caracterizada por oclusão microvascular generalizada por trombos ricos em plaquetas e fator de von Willebrand. Os critérios para diagnóstico incluem: anemia hemolítica microangiopática (esquizócitos em sangue

periférico), plaquetopenia (< 100 mil), isquemia em órgãos alvo (alterações neurológicas e renais) e dosagem de ADAMTS13 < 10%. O tratamento de escolha é a plasmaférese e deve ser instituído precocemente. Caso não haja disponibilidade, o plasma fresco congelado (PFC) deve ser iniciado como opção, até se obter início da plasmaférese, além disso, o uso de corticóide é necessário devido predomínio do caráter auto-imune da doença. Outra abordagem terapêutica é o uso de rituximabe um anticorpo monoclonal anti-CD20 do tipo IgG1 que atua destruindo os linfócitos B, utilizado em pacientes não responsivos a plasmaférese. **Objetivo:** Relatar um caso de remissão completa de PTT com plasmaférese e rituximabe, após recidiva de cinco anos de tratamento no HEMOPE. **Relato de caso:** Paciente de sexo feminino, 34 anos, branca, encaminhada ao serviço de emergência do HEMOPE. Admitida em 28/07/2017, Consciente. Obnubilada. Eupneica. Equimoses em membros superiores há dois meses. Melena, sangramento vaginal, cefaléia e parestesia à esquerda. Exames laboratoriais: Hb 9,3g/dL, HT 29%, plaquetas 11.000/ml, reticulócitos 13,2%, DHL 744 UI/L, ADMST13 < 5%, inibidor 18,4 UB/ml, vários esquizócitos em sangue periférico e Coombs direto negativo, sendo diagnosticada PTT adquirida, e encaminhada à UTI. Iniciou tratamento com plasmaférese terapêutica no mesmo dia, mantendo plaquetopenia severa, hemorragia digestiva e choque hipovolêmico. No 25º dia de internação iniciou rituximabe (375mg/m²). No 5º dia após o rituximabe, evoluiu com normalização das plaquetas, reticulócitos, DHL e poucos esquizócitos obtendo resposta clínica ao tratamento. Após 27 procedimentos de plasmaférese, pulsoterapia e 4 doses de rituximabe, paciente alcançou remissão completa da doença e recebeu alta da UTI. Em 06/07/2022, paciente apresentou recidiva da doença retornando ao hospital com ECC. Consciente. Obnubilada. Hipertensa (PA 220 × 120 mm Hg), metrorragia intensa e hematomas e queixas de cefaléia, sendo transferida a UTI e iniciado tratamento com PFC 600ml de 8/8h, metilprednisolona e anticoncepcional. Exames: Hb 10,6g/dl, HT 30,4%, plaquetas 10.000/ml, reticulócitos 2,5, DHL 719UI/L. Iniciou plasmaférese no dia seguinte, evoluindo com plaquetopenia intensa mesmo após a 10ª sessão, quando iniciou rituximabe (375mg/m²) em associação a plasmaférese. No 20º dia apresentou calafrios e febre, sendo retirado o cateter venoso central e iniciado anti-bióticos (tazocin e teicoplanina). Após segundo ciclo de rituximabe evoluiu com normalização das plaquetas e leucócitos e diminuição do DHL (225UI/L) e raros esquizócitos, permanecendo em tratamento. **Discussão:** A destruição do linfócito B pela interação do rituximabe com o CD20 leva à redução de imunoglobulinas e da apresentação antigênica ao linfócito T e pode resultar no controle de sintomas e/ou remissão de doenças imunomediadas. **Conclusão:** Embora a plasmaférese seja o padrão ouro no tratamento da PTT, nem sempre há resposta clínica em alguns casos da doença (10 % dos casos). O uso do rituximabe concomitantemente com a plasmaférese pode trazer uma resposta satisfatória imediata ao paciente, porém o difícil acesso e seu custo elevado retarda o tratamento mais incisivo e pode levar o paciente a uma maior exposição de sessões terapêuticas com plasma humano.

DESAFIOS DA COLETA PERIFÉRICA DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS – RELATO DE CASO

SL Castilho^a, TA Vicente^a, AVN Amorim^b, PCP Grossi^a, ICB Aquino^a

^a Grupo GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital Quinta Dor, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O transplante, em especial autólogo, de células tronco hematopoieticas (CTH) coletadas no sangue periférico associado a quimioterapia vem sendo utilizado no tratamento de várias doenças hematológicas. A qualidade da coleta de CTH periférica depende da patologia do paciente, da eficácia do esquema de mobilização e de fatores relacionados a coleta como o uso de equipamento de aférese calibrado, bom fluxo venoso e das volemias processadas. Objetivamos descrever um caso de paciente com Mieloma múltiplo e Hipertrigliceridemia candidato a transplante autólogo de CTH periféricas. **Relato do caso:** Paciente DAS, masculino, nascimento 07/03/1966, obeso, hipertenso e portador de Mieloma Múltiplo. Em consulta para transplante apresentou resultado de triglicerídeos (TG) de 7367 mg/dL. Sua amostra de sangue mostrava uma lipemia intensa com aspecto de “leite condensado”. Como a coleta se daria em sangue periférico contatamos o fabricante do equipamento de aférese para orientação e a coleta de CPH foi contraindicada nestas condições. O paciente foi internado para tratamento com Liptor e Lipless e para acelerar a redução dos níveis de TG e viabilizar a coleta de CPH, ainda nesta internação, optou-se pela realização de 03 sessões de plasmaférese (PF), em dias consecutivos. Em 05/04/2022 foi realizada a 1ª PF e foram trocadas 1,5 volemias em 88 minutos com reposição de soro albuminado a 5% sendo removidos 6151ml de plasma. Após a 1ª sessão o nível de TG caiu para 2869 mg/dL. Na 2ª PF foram trocadas 1,4 volemias em 79 minutos com reposição de soro albuminado a 5%, sendo removidos 5303ml de plasma. Após a 2ª PF o paciente apresentava TG de 889mg/dL. Na 3ª PF foram trocadas 1,3 volemias em 73 minutos com reposição de soro albuminado a 5%, sendo removidos 5256ml de plasma. Após a última sessão o valor do TG era de 473mg/dL. A partir deste resultado em 08/04 foi iniciado o esquema de mobilização com Figastrim 300mcg, 2 ampolas 12/12h. No D3 o número de células CD34+ no sangue do paciente era de 31,85/mm³. Em 12/04 foi realizada a coleta de CTH. O alvo da coleta era 2,5 células CD34+/Kg (106) para 1 transplante e mais 2,5 para o backup. Na coleta de CPH foram processadas 4 volemias em 234 minutos gerando um produto de 219mL. A quantidade de células CD34+ era de 3505,29/mm³ e o número de células CD34+/Kg (106) de 7. O alvo celular proposto para o transplante e backup foi atingido em uma única coleta. Todos os procedimentos (PF e coleta de CTH) se deram sem intercorrências e foram efetuados em máquina de aférese terapêutica Spectra Optia®. O paciente foi submetido ao transplante em 16/04. **Discussão:** A ASFA (American Society for Apheresis) só recomenda a realização de PF em pacientes com hipertrigliceridemia associada a pancreatite. Neste caso embora não houvesse pancreatite, para otimizar a coleta de CPH em sangue periférico, optamos pela PF associada a terapêutica medicamentosa. Houve uma