

transfusão de concentrados de plaquetas por aférese compatíveis, a paciente apresentou CCI's adequados (incremento plaquetário >5.000 em 1 hora em 85% das transfusões) e controle dos sintomas clínicos. A paciente atingiu resposta completa após dois ciclos de brentuximabe e devido à natureza refratária da doença foi optado por proceder com TCTH haploidentico mieloablativo, realizado em 29/03/2023. Doador aparentado, fonte sangue periférico, com incompatibilidade ABO bidirecional e o anti-HLA da paciente foi positivo, porém nenhum anticorpo doador específico foi detectado. Os enxertos neutrofílicos e plaquetários ocorreram no D+14 e D+25, respectivamente. Durante o período pré-enxertia, a paciente recebeu concentrados de plaquetas por aférese compatíveis, exceto em uma ocasião, na qual devido a ausência de plaquetas HLA compatíveis, transfundimos 7 unidades de plaquetas randômicas. Neste caso não realizamos o CCI. No total, após identificação do anticorpo anti-HLA, a paciente recebeu 25 transfusões de concentrados de plaquetas por aférese compatibilizados. A última necessidade de transfusão de plaquetas foi no D+14. Nesta ocasião, foi realizada prova de compatibilidade por PIFT, sendo que dos 9 doadores, 8 foram compatíveis com a paciente, sugerindo diminuição do título do aloanticorpo. **Discussão/conclusão:** Tendo em vista a paciente apresentar diversas causas não-imunes de refratariedade plaquetária, o diagnóstico de refratariedade imune muitas vezes não é investigado de maneira apropriada. Para a detecção de anticorpos antiplaquetários é necessário a suspeita clínica e disponibilidade de técnicas laboratoriais adequadas como o PIFT e o MAIPA. Este caso chama a atenção pela importante diminuição da refratariedade plaquetária pós-TCTH, provavelmente associada à imunossupressão do TCTH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1397>

REFRATARIEDADE PLAQUETÁRIA: QUEM SÃO OS PACIENTES COM ANTICORPOS ANTI-PLAQUETÁRIOS E CAUSA IMUNE DE INCREMENTO NÃO SATISFATÓRIO?

KNC Ziza ^{a,b}, AMC Alves ^a, MCAV Conrado ^a, LT Miura ^a, V Rocha ^a, A Mendrone-Junior ^a, D Langhi ^b, J Bordin ^b, CL Dinardo ^{a,b}

^a Divisão de Imuno-hematologia, Fundação Pró-Sangue, Hemocentro de São Paulo, São Paulo, SP (Brasil)

^b Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Refratariedade Plaquetária imune (RP) é caracterizada pelo incremento não satisfatório na contagem plaquetária do paciente após 1h da transfusão em pelo menos dois episódios transfusionais consecutivos, infundindo plaquetas de coleta recente e ABO idênticas. As causas da RP podem ser subdivididas em imunes e não-imunes. A principal causa imune é a aloimunização plaquetária por anticorpos contra Antígenos Leucocitários Humanos (HLA) de Classe I e, em menor frequência, contra Antígenos Plaquetários Humanos (HPA). Os pacientes que apresentam anticorpos

antiplaquetários podem também apresentar causas clínicas não-imunes de RP associadas, fato que pode levar à não investigação da presença destes anticorpos com consequente suporte transfusional inadequado. **Objetivo:** 1) Descrever as características demográficas e clínicas dos pacientes com RP; 2) Determinar a quantidade de unidades de plaquetas testadas por paciente, pelo método de *crossmatch* plaquetário por citometria de fluxo. **Metodologia:** No período de jul/2016 a jun/2023, os pacientes com RP foram investigados quanto à presença de anticorpos anti-plaquetários pelo teste PIFT (*Platelet Immune Fluorescence Test*). O PIFT é teste de triagem para detecção de anticorpos anti-plaquetários, sendo utilizado para compatibilização ("Crossmatch") entre soro paciente e plaquetas a serem transfundidas. **Resultados:** Foram atendidos 101 pacientes com suspeita de RP, sendo 57% mulheres e 43% homens. Deste total, 25% (n=25) eram crianças (idade entre 9 meses a 16 anos) e 75% (n=76) eram adultos (17 a 72 anos). No grupo infantil, 36% (n=9) possuíam diagnóstico de doença benigna e 64% (n=16) diagnóstico de doença oncológica. No grupo adulto, 24% (n=18) tinham diagnóstico de doença benigna e 76% (n=58) doença oncológica. Dentre as doenças benignas a mais frequente foi anemia aplástica (59%, n=27) e dentre as doenças oncológicas foi a leucemia (57%, n=42). Na análise total do grupo, aplasia e leucemia representaram 68% (n=101). A contagem plaquetária basal média ao diagnóstico de RP foi de 13 mil e a mediana de 8 mil. Para atendimento destes pacientes foram testadas por PIFT 1.283 unidades de plaquetas, sendo que 43% (n=553) apresentaram resultado positivo, 47% (n=596) resultado negativo e 10% (n=134) resultado inconclusivo. Foram selecionadas para o suporte transfusional desses pacientes 10% (n=178) das unidades de plaquetas com resultado de *crossmatch* negativo. **Conclusão:** Este estudo demonstrou que a maior parte dos casos de RP imune encontram-se em pacientes com doenças hematológicas e onco-hematológicas, que estão associadas também a causas clínicas de RP. Isto torna mais complexo o diagnóstico de RP imune, visto que muitos casos são tidos como não-imunes e não avaliados por testes para detecção de anticorpos anti-plaquetários. Os resultados ressaltam a importância da investigação de anticorpo antiplaquetários em todos os pacientes que preencham critérios de suspeita para RP imune para adequado suporte transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1398>

POLIANGEÍTE MICROSCÓPICA COM HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA E PLASMAFÉRESE – RELATO DE CASO

KBL Buratta, TG Alencar

Grupo Gestor de Serviços em Hemoterapia, Brasil

Objetivo: Poliangeíte microscópica é uma forma de vasculite sistêmica de pequenos vasos que se caracteriza pela ausência ou escassez de depósitos imunes vasculares associada com anticorpos anticitoplasma de neutrófilos ANCA em aproximadamente 90% dos casos, podendo ter apresentação clínica indistinguível da granulomatose de Wegener e da síndrome de Churg-Strauss. O objetivo é relatar o caso de paciente com