

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

poliangeíte microscópica com hemorragia alveolar difusa em uso de plasmaférese. **Material e métodos:** Realizado estudo descritivo, retrospectivo do prontuário de internação de paciente com poliangeíte microscópica com doença restrita ao trato respiratório sem envolvimento sistêmico, por agudização de doença. **Resultado:** Paciente, sexo feminino, 48 anos, branca, tabagista (120 maços/ano), diagnóstico de poliangeíte microscópica confirmado em 2002 através de biópsia pulmonar com doença restrita ao trato respiratório, interna devido à hemoptise, febre e dispnéia secundária à atividade de doença e possível pneumonia. Tomografia de seios da face com espessamento mucoso e nível líquido em seios maxilares e células etmoidais; tomografia de tórax com opacidade em vidro fosco difusa; pesquisa para COVID-19, influenza A e B negativas. Submetida à pulsoterapia + anticorpo monoclonal + plasmaferese a partir do 11º dia de internação com o equipamento Spectra Optia® Apheresis System, num total 16 sessões. No 17º dia de internação realizado broncoscopia que mostrou progressão de atividade de doença. A paciente foi transfundida 8 com concentrados de hemácias para manter níveis de hemoglobina acima de 7 g/dL. Apresentou toxicidade leve (sensação de frio) ao anticoagulante (citratado de sódio) utilizado na plasmaferese. **Discussão:** Paciente com histórico de internações anteriores por agudização de doença, interna com hemoptise, febre e dispnéia. Evoluiu com piora importante da hemoptise, associado à dispnéia e hemorragia alveolar, sendo iniciado pulsoterapia com metilprednisolona + Rituximab, sem resposta satisfatória. Devido à refratariedade, iniciado plasmaferese no 12º dia de internação, 4 dias após 1ª infusão de rituximab + pulsoterapia, com proposta inicial de troca de 1,5 volemia com reposição de plasma fresco diariamente, e diminuição para 1,0 volemia assim que o sangramento regredir, conforme preconizado no *Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice* – 2019, sendo suspensa no dia seguinte à infusão de rituximab. A partir da 4ª sessão de plasmaferese observou-se redução da necessidade transfusional com concomitante redução do sangramento. Na 11ª plasmaferese o volume de troca foi reduzido para 1,0 volemia pois houve redução importante do sangramento alveolar, sendo realizado 3 sessões com este volume de troca, já em dias alternados. A plasmaferese foi suspensa após última dose de rituximab com paciente sem exteriorização de sangramento alveolar. Recebeu alta hospitalar 8 dias após a suspensão da plasmaférese com prescrição de rituximab ambulatorial. **Conclusão:** Não há evidências suficientes que suportem a plasmaferese para tratamento de pacientes com Poliangeíte Microscópica com hemorragia alveolar. Porém, no caso descrito a introdução da plasmaferese apresentou benefício clinicamente útil.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1399>

UTILIZAÇÃO DE RECUPERAÇÃO INTRAOPERATÓRIA DE SANGUE EM REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO – ESTUDO DE 42 CASOS

KBL Buratta, AP Bizerril

Grupo Gestor de Serviços em Hemoterapia, Brasil

Objetivo: Avaliar perfil, comorbidades, evolução, transfusão alogênica e desfecho de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio em hospital da rede privada, localizado no bairro de Cascadura/RJ. **Material e métodos:** Realizado estudo observacional descritivo, com levantamento de dados em prontuário de 42 pacientes submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio entre janeiro de 2020 e junho de 2023, com utilização de recuperação intraoperatória de sangue homólogo pela XTRA/SORIN. O critério para transfusão de concentrado de hemácias foi de hemoglobina abaixo de 8–9 g/dL quando houve instabilidade hemodinâmica. O número de unidades de plasma, plaquetas e crioprecipitados usados não foram analisados, por não ser o objetivo do estudo. Um hemograma foi obtido antes da cirurgia, na chegada do paciente a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), no 5º dia após e no dia da alta hospitalar. O Volume Globular (VG) e Hb foram tabelados, assim como o volume de sangue aspirado, o volume de sangue infundido, o número de CH transfundidos. O levantamento dos dados foi realizado através do Sistema Realblood e do prontuário eletrônico da unidade hospitalar (WPD). A análise dos resultados foi realizada pela estatística descritiva, e os dados foram trabalhados em planilhas do software Microsoft Excel. **Resultados:** Quanto à prevalência, 36 (85,71%) eram do sexo masculino com idade média de 59,08 anos e peso médio de 72,14 kg, e 6 (14,29%) do sexo feminino com idade média de 64,33 anos e peso médio de 67,65 kg. As comorbidades mais encontradas foram: hipertensão arterial (97,62%), doença arterial coronariana (80,95%) sendo 76,47% com infarto prévio, dislipidemia (66,67%), diabetes mellitus (64,29%) e tabagismo (45,83%); 26 pacientes (66,67%) utilizavam antiagregante plaquetário à época da cirurgia. O tempo médio de internação foi de 26,78 dias com média de 15,40 dias de hospitalização após a cirurgia. Quanto à média dos índices hematimétricos: 1) Antes da cirurgia: hemoglobina=12,2 g/dL; 2) No pós-operatório imediato: hemoglobina=11,4 g/dL; 3) No quinto dia de pós-operatório: hemoglobina=10,73 g/dL; 4) Na alta: hemoglobina=10,59 g/dL. A média de sangue recuperado foi em média 1,12 unidade de concentrado de hemácias por procedimento. Durante a cirurgia somente 4,76% teve sangramento importante. Quanto à transfusão alogênica: 9 pacientes (21,43%) foram transfundidos com concentrado de hemácia durante a cirurgia e 5 (11,90%) necessitaram de transfusão no pós-operatório. Três pacientes (7,14%) tiveram que ser reabordados por sangramento e 1 (2,38%) evoluiu para o óbito. No pós-operatório as intercorrências mais observadas foram: fibrilação atrial (19,04%), pneumonia (14,28%), arritmias (9,52%) e sepse (9,52%). **Discussão:** Em média, um terço do sangue recuperado foi infundido beneficiando os pacientes deste estudo. O objetivo maior da recuperação intraoperatória de sangue é diminuir a utilização de concentrado de hemácias nos pacientes, diminuindo as reações inflamatórias e a morbimortalidade, não havendo contraindicação nem complicações observadas pelo uso do método. **Conclusão:** A recuperação intraoperatória de sangue pode ser usado nos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, não havendo contraindicação nem morbidade decorrente do seu uso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1400>