

“frágeis” como pacientes idosos ou com câncer estão sob risco de apresentar esta reação. Portanto, ao avaliar a necessidade transfusional destes pacientes, deve-se ponderar a real necessidade de múltiplas bolsas de uma vez ou fracionar as doses associadas a reavaliações criteriosas após cada transfusão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1354>

DESCRIÇÃO DE CASO IMUNO-HEMATOLÓGICO

LH Fedeli, ACF Marret, LMD Santos, GRM Silva, AJ Carvalho, JP Binelli, A Larrubia

Hospital BP - Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: relato de estudo imuno-hematológico, tendo por finalidade compartilhar experiência de identificação de anticorpo IgG dirigido a antígeno de alta frequência (Anti-Kna) e suas implicações transfusionais. **Descrição:** Paciente de 68 anos, feminino, brasileira, diagnosticado com tumor intracraniano. Em 14/03/2024 foram realizados testes pré-transfusoriais que apresentaram os seguintes resultados: tipagem sanguínea A Rh(D) positivo; teste de antiglobulina direto (TAD) negativo; pesquisa de anticorpos irregulares (PAI) positiva em gel LISS Coombs / gel IgG / gel NaCl, este último mais fracamente reativo; identificação do(s) anticorpo(s) sérico(s): anticorpo Indeterminado (reativo com quase todas as células do painel); autocontrole negativo em gel LISS + autocrioaglutinina indeterminada (método em tubo / 4°C). Outros testes realizados mostraram triagem em gel LISS positiva mesmo após tratamento sérico com DTT0,01M; inibição com pool de plasma para descarte de Anti-CH/Rg; triagem positiva, descartado anti-Ch/Rg; PAI positiva com hemácias tratadas com DTT0,2M, antígeno resistente; pesquisa de subclasse de IgG (indireta): IgG1 1:1 Neg. / IgG3 1:1 Neg. A paciente não possuía histórico transfusional em nosso serviço. Iniciando seu tratamento em 14/03/2024 apresentou o fenótipo: C-, Cw-, c+, E+, e-, K-, k+, Kp(a-b+); Jk(a+b-); M+, N-, S-, s+; Fy(a-b+); Le(a+ b-); Lu(a-b+); P1+. Encaminhamos a amostra ao laboratório de referência para a realização de estudos sorológicos e moleculares. As técnicas moleculares utilizadas (PCR multiplex), demonstraram KN*2. Fenótipo deduzido do genótipo: Kn(a-b+). O soro foi testado com painel de hemácias raras, no qual não apresentou reatividade com uma hemácia Kn(a-). Como resultado final, liberado pelo laboratório de referência, o anticorpo em questão foi caracterizado como anti-Kna. **Conclusão:** anticorpo sérico anti-Kna. De 19/04/24 a 28/05/24 a paciente recebeu cinco unidades de concentrado de hemácias, todas com prova de compatibilidade negativa em gel LISS Coombs, sendo quatro C- e K- e uma unidade C- e+ K-. Não apresentou reação transfusional, assim como elevação em testes de perfil hemolítico, com adequado incremento transfusional confirmando os dados existentes na literatura a respeito do Anti-Kna, bem como a pesquisa para subclasse de IgG que também informava não se tratar de IgG1 e/ou IgG3, portanto anticorpo sem significado clínico transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1355>

DOENÇA DA AGLUTININA FRIA (CAD) E SÍNDROME DA AGLUTININA FRIA (CAS): INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL SEGUNDO CONSENSO INTERNACIONAL 2020

FA Moretto, ACT Sousa, HP Fernandes, ML Barjas-Castro

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: Anemia hemolítica autoimune (AHAI) por anticorpos frios é uma patologia rara caracterizada pela presença de elevados níveis de autoanticorpos circulantes, na maioria da classe IgM que reagem em baixas temperaturas e permanecem reativos em temperaturas próximas a 30°C. Segundo recente Consenso Internacional de Anemia Hemolítica Auto Imune (Jäger U. et. al, Blood Rev. 2020 e Berentsen S. Front Immunol. 2020;) a Doença da aglutinina fria (CAD) foi definida como uma doença de etiologia linfoproliferativa, clonal de células B com produção de autoanticorpo da classe IgM, com especificidade anti-I ou i e capacidade de ativar a via do Complemento gerando hemólise intravascular. A investigação imuno-hematológica (IH) é caracterizada pelo teste da antiglobulina direto (TAD) fortemente positivo para o fragmento de complemento C3d e a presença de anticorpo da classe IgM no soro com um título da aglutinina ≥ 64 a 4°C; títulos de aglutinina fria inferiores normalmente não possuem relevância clínica. O TAD para IgG é geralmente negativo, mas pode ser fracamente positivo em até 20% dos pacientes. A Síndrome da aglutinina fria (CAS) foi caracterizada por uma condição transitória secundária causada por uma doença clínica associada a uma infecção bacteriana ou viral, como *Mycoplasma pneumoniae* ou vírus Epstein-Barr. CAS também pode ocorrer após certas doenças malignas e distúrbios autoimunes. A investigação IH se caracteriza pelo TAD (C3d) positivo e presença de IgM no soro com titulação da aglutinina fria menor que 64. **Objetivo:** Investigação imuno-hematológica de AHAI a frio segundo os critérios do Consenso Internacional 2020 permitindo o diagnóstico laboratorial diferencial entre CAD e CAS. **Materiais e métodos:** Foram estudados cinco pacientes, no período entre fevereiro e agosto de 2024 com quadro clínico e laboratorial de AHAI que apresentaram na investigação IH inicial presença de crioaglutinina. Os pacientes foram submetidos à avaliação IH com a realização do TAD poliespecífico e monoespecífico (IgG e C3d), e eluição do anticorpo pela técnica da glicina ácida. A pesquisa de anticorpos no soro foi realizada em técnica de gel centrifugação utilizando meio de baixa força iônica (LISS) e hemácias tratadas com a enzima papaína (PAP) com posterior identificação da especificidade do anticorpo. Para esses pacientes foi realizada a técnica de titulação da aglutinina a 4°C. **Resultados:** O resultado do TAD foi fortemente positivo, com intensidade de aglutinação de 4+ a 3+ com soro poliespecífico para todos os pacientes, no TAD monoespecífico (C3d) a aglutinação variou de 1+ a 4+, o eluato foi negativo em quatro pacientes e um paciente apresentou eluato positivo com auto-IgG. No soro de três pacientes identificamos especificidade para Anti-I e em dois pacientes Anti-IgM sem especificidade definida. Em três pacientes o título da aglutinina a 4°C foi superior a 64 e em dois pacientes o título foi inferior a 64. **Discussão e conclusão:** Segundo os critérios

definidos no Consenso Internacional de 2020, os resultados obtidos da investigação laboratorial IH (TAD e titulação da aglutinina a 4°C) possibilitaram diferenciar e classificar os cinco pacientes, sendo três como CAD (2 Leucemias Linfoides e 1 Linfoma não Hodgkin) e dois como CAS (ambos doenças infecciosas). Concluindo, os resultados das avaliações IH foram compatíveis com as etiologias das doenças de aglutinina à frio.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1356>

TERAPIA TRANSFUSIONAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

LS Gonçalves^a, GBM Szeneszi^a, KB Fonseca^a, CA Mesquita^a, RC Marques^a, FM Bandeira^b

^a Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O suporte transfusional é parte essencial do plano terapêutico de pacientes onco-hematológicos, principalmente os submetidos a transplante de medula óssea (TMO) uma vez que protocolos de condicionamento altamente aplasiantes e a pouca reserva medular pela doença de base, são as principais causas da alta necessidade transfusional dos receptores. Dessa forma, é indispensável o manejo adequado dos hemocomponentes em centros que realizam TMO, tendo em vista que as repercussões imuno-hematológicas das transfusões podem resultar em efeitos negativos no desfecho desses pacientes. **Objetivo:** Analisar dados sobre a necessidade transfusional de pacientes que realizaram TMO autólogo no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no período estudado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, realizado no HUPE. Foram coletadas informações sobre o suporte transfusional de 25 pacientes submetidos a transplante autólogo de medula óssea, de janeiro de 2023 a abril de 2024. Os dados foram coletados a partir da plataforma HEMOTE e do prontuário eletrônico, e o intervalo considerado foi desde a realização do transplante à recuperação medular de cada paciente. **Resultados:** A mediana de idade dos pacientes é de 55 anos (29-74), sendo 9 diagnosticados com linfomas e 16 com mieloma múltiplo. A mediana de dias para a pega do enxerto foi de 12 dias. Dos 25 pacientes estudados, 23 necessitaram de transfusão. A mediana do número total de hemocomponentes para todos os pacientes foi de 2. A mediana do número de transfusões de plaquetas no grupo linfoma foi o dobro em comparação com a do grupo mieloma (4 e 2, respectivamente). No grupo mieloma, o número de concentrados de hemácias (CH) variou de 0 a 1, enquanto no grupo linfoma a mediana foi de 2 concentrados (1-7). Cinco pacientes do estudo tiveram alguma reação transfusional, sendo quatro delas alérgicas e uma febril não hemolítica. **Conclusão:** Pacientes submetidos a TMO autólogo

necessitaram de pelo menos uma transfusão no período peri transplante. O concentrado de plaquetas é o hemocomponente mais utilizado nesse contexto, sendo muitas vezes escasso nos hemocentros. O número de reações transfusionais foi elevado nesse grupo de pacientes. Uma comunicação efetiva entre a hemoterapia e o serviço de hematologia é essencial para o gerenciamento dos hemocomponentes e a notificação adequada de reações transfusionais, visando a melhor assistência para o paciente e a prevenção de eventos adversos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1357>

RELATO DE CASO: DOR AGUDA RELACIONADA A TRANSFUSÃO

MC Moraes, JPL Amorim

Grupo GHS, Brasil

Introdução: Dentre as reações transfusionais agudas, a dor aguda relacionada a transfusão é caracterizada pela ocorrência de dor, de curta duração, principalmente na região lombar, torácica e membros superiores, durante ou até 24 horas após a transfusão, tendo sido descartadas outras causas. Contudo, apesar de reconhecida e descrita em manuais e protocolos de hemovigilância, muito pouco se sabe sobre esse tipo de reação, com pouco relatos na literatura. **Caso:** Paciente de 31 anos, sexo feminino, no 3º dia de pós-operatório de abdôminoplastia, com febre e anemia (Hb 7,2g/dL), sendo solicitada a transfusão de 1 unidade de concentrado de hemácias filtradas (CHF). Após 20 min do início da transfusão, a paciente apresentou cefaleia, náuseas e rebaixamento do nível de consciência, sendo a transfusão interrompida e a paciente medicada com anti-inflamatório, corticoide e solução fisiológica, com melhora parcial de sintomas. Na sequência, apresentou dor torácica, com irradiação para dorso, tremores e queda de saturação, sendo instalado máscara de O₂ e transferida para a UTI. Evoluiu com melhora progressiva, com desmame de O₂, até completa resolução do quadro. Exames de tomografia computadorizada de crânio e tórax, eletrocardiograma, angio tomografia de tórax e testes imunohematológicos sem alterações. **Discussão:** A incidência de dor aguda relacionada a transfusão, não está bem estabelecida. No Brasil, o Manual Técnico de Hemovigilância sugere uma incidência de aproximadamente 1: 4500 transfusões. No Grupo GSH, tivemos 3 casos notificados entre janeiro/22 a abril/23, num total de 482.249 transfusões, representando uma incidência aproximada de 1:160.749. Em relação a etiologia, as informações na literatura também são inconclusivas, sugerindo uma associação com o uso de filtros de bancada para desleucocitação de hemocomponentes ou com a transfusão de anticorpos HLA de classe II. Contudo, o nosso caso, assim como a maioria dos casos descritos na literatura, ocorreu após a transfusão de hemocomponentes desleucocitados pré armazenamento, sugerindo uma correlação com o uso de filtro de leucócitos e uma etiologia não associada ao aumento de citocinas. Exceção a essa regra seria a interleucina 8, que não reduz sua concentração após a remoção dos leucócitos e tem sido implicada na hipernocicepção inflamatória no