

possui relevância clínica na doença hemolítica perinatal, na genética populacional e em distúrbios hereditários relacionados a alterações estruturais da membrana eritrocitária.

Descrição do caso: Paciente masculino, 20 anos, previamente hígido, admitido após ferimento por arma de fogo em membro inferior direito, com fratura de fêmur associada a lesão arterial. Foi indicada cirurgia vascular (anastomose término-terminal) e posterior reconstrução ortopédica. Durante a avaliação pré-operatória, foi identificada anemia com hemoglobina variando de 6,0 a 9,5 g/dL. A investigação imuno-hematológica revelou Coombs direto positivo e presença de anticorpos irregulares com reatividade positiva em todo painel eritrocitário, o que sugeriu aloanticorpo contra antígeno de alta frequência. Dada a dificuldade de compatibilidade transfusional, a amostra foi encaminhada para laboratório de referência, onde foi identificada a presença de anti-Dib. Considerando a estabilidade clínica do paciente e a urgência cirúrgica, optou-se por estratégias não transfusionais visando incremento eritrocitário: administração de ferro intravenoso, ácido fólico e eritropoetina. A transfusão foi desaconselhada devido ao risco elevado de reação hemolítica grave diante da presença do anti-Dib e à indisponibilidade imediata de unidades compatíveis. Após as medidas instituídas ocorreu o aumento gradual da hemoglobina e estabilidade hematimétrica, sendo possível a realização do procedimento cirúrgico.

Conclusão: Este caso ilustra o desafio clínico e transfusional imposto pelos aloanticorpos contra antígenos de alta frequência, especialmente em cenários de emergência, como traumas com necessidade de cirurgia. A identificação precoce e correta desses anticorpos é fundamental para o manejo seguro do paciente, evitando exposições desnecessárias e otimizando estratégias alternativas à transfusão. Nessas situações, terapias adjuvantes, como ferro intravenoso, eritropoetina e ácido fólico, devem ser priorizadas sempre que possível para minimizar riscos.

Referências:

1. Figueroa D. The Diego blood group system: a review. *Immunohematology*. 2013;29(2):73-81.
2. Thornton N. Antibodies to High-Frequency Antigens. In: 23rd Regional Congress of the ISBT – Academy Day, Amsterdam, 2013. Bristol: IBGRL, 2013.
3. Khurshid A, et al. Red cell antibodies against high frequency antigens: a two-year experience at a regional transfusion institute. *Pak Armed Forces Med J*. 2022;72(1):71-74. <https://doi.org/10.51253/pafmj.v72i1.3097>.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105673>

ID – 917

PRESENÇA DE ANTICORPO ANTI-M EM GESTANTES NO PRÉ-PARTO E A NECESSIDADE DO ACOMPANHAMENTO NEONATAL

B Alencar, J Freitas, V Soares, M Moraes

GSH, Brasília, DF, Brasil

Introdução: O sistema MNSs é um dos mais complexos sistemas de grupos sanguíneos, composto pelos antígenos M, N, S, s e U. Os anticorpos contra esse sistema são, em sua maioria, clinicamente insignificantes, pois apresentam reatividade abaixo de 37°C. O anticorpo anti-M é geralmente da classe IgM, naturalmente produzido e raramente associado a reações hemolíticas graves. No entanto, há relatos na literatura de anti-M de classe IgG, que pode atravessar a placenta e, em alguns casos, causar Doença Hemolítica do Recém-Nascido (DHRN). Embora essa associação seja rara, a presença desse anticorpo em gestantes com fenótipo M negativo pode representar risco clínico, tornando essencial a investigação e o acompanhamento laboratorial dessas pacientes e seus recém nascidos. Contudo, ainda não existem protocolos clínicos para o manejo da DHRN por anti- M. **Objetivos:** Avaliar a importância clínica do anticorpo anti-M na monitorização neonatal e sua possível relação com quadros de hiperbilirrubinemia. **Material e métodos:** Foram analisados dois casos de gestantes com pesquisa de anticorpos irregulares positiva, com identificação de anti-M, submetidas à cesariana. O acompanhamento incluiu a avaliação clínica e laboratorial dos recém-nascidos, considerando parâmetros hematológicos, bilirrubina sérica e necessidade de tratamento para icterícia neonatal. **Resultados:** Ambas as pacientes eram primíparas, sem histórico transfusional e apresentaram anti- M sem amplitude térmica. Os recém-nascidos apresentaram teste de Coombs direto (CD) negativo, desenvolveram icterícia de zona 2, sem necessidade de tratamentos. Não foram observadas complicações hemolíticas severas, e os níveis de bilirrubina foram controlados sem necessidade de intervenção. **Discussão e conclusão:** Anticorpos anti-M ocorrem frequentemente de forma natural e, quando restritos à classe IgM, não têm relevância clínica significativa. No entanto, anticorpos anti-M de classe IgG podem estar associados a quadros de hemólise neonatal, mesmo que em graus leves. Apesar da negatividade do teste de CD nos recém-nascidos analisados, estudos indicam que anticorpos de baixo título podem não ser detectados, mas ainda assim exercer efeito subclínico, contribuindo para a hiperbilirrubinemia neonatal. Além disso, a literatura sugere que 79% dos casos de DHRN por anticorpos MN apresentam CD negativo, sendo importante o monitoramento desses neonatos nos primeiros dias de vida. A icterícia neonatal observada nos casos analisados reforça a importância desse acompanhamento. Portanto, mesmo na ausência de evidências de hemólise significativa, a monitorização clínica e laboratorial deve ser considerada para uma abordagem terapêutica precoce e eficaz nesses casos. **Conclusão:** Embora rara, a aloimunização pelo sistema MNSs deve ser considerada na monitorização neonatal de gestantes PAI+, especialmente quando há sinais de icterícia. A ausência de amplitude térmica do anti-M não exclui possíveis interações com o sangue do recém-nascido, sendo essencial o acompanhamento laboratorial e clínico para prevenir complicações neonatais. Estudos adicionais são necessários para entender melhor a influência do anti-M na fisiopatologia da hiperbilirrubinemia neonatal e sua relevância clínica em diferentes populações, possibilitando a elaboração de protocolos clínicos para o manejo desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105674>