

anti-A, que detectou a presença do antígeno A nas hemácias da doadora, confirmando o fenótipo Ael. Como hemácias A2 não são rotineiramente utilizadas na tipagem ABO de doadores, o fenótipo Ael, quando associado à presença concomitante de anti-A1, pode passar despercebido. Nesses casos, a concordância aparente entre as provas direta e reversa leva à classificação incorreta como grupo “O”. A inclusão de hemácias A2 na tipagem reversa poderia aumentar a especificidade da classificação ABO e auxiliar na detecção de anticorpos irregulares. No entanto, essa medida implicaria na elevação de custos, o que dificulta sua implementação na rotina laboratorial. Por outro lado, a classificação equivocada de um doador Ael como “O” pode resultar em reações transfusionais graves, reforçando a importância da vigilância laboratorial e de protocolos que permitam identificar esses fenótipos raros. **Conclusão:** O fenótipo Ael com presença de anti-A1 somente foi identificado quando hemácias A2 foram incluídas na prova reversa da tipagem ABO. Este achado reforça a importância de procedimentos de tipagem mais abrangentes para garantir a correta classificação sanguínea, prevenindo erros de rotulagem e, consequentemente, possíveis reações transfusionais graves.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106003>

ID - 577

DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL (DHRN) POR INCOMPATIBILIDADE ANTI-C(RH4): É PRECISO PENSAR ALÉM DO ANTI-D?

A Szulman, SV Rossi, APML Vargas,
HdPF Costa, WNC Junior, FL Lino

Hospital do Servido Público Estadual Francisco
Morato de Oliveira (HSPE/FMO), São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: A DHRN é caracterizada pela destruição das hemácias fetais/RN por Anticorpos (Ac) IgG maternos que atravessam a placenta. Clinicamente ocorre uma anemia de padrão hemolítico pela incompatibilidade sanguínea entre mãe/RN, geralmente por Ac do sistema ABO ou RH. Mas, outros sistemas sanguíneos (Kell, Kidd, Duffy, MNS, Diego) podem estar envolvidos. Quanto ao RHCE, apesar de incomum, Ac Anti-E e/ou anti-c podem levar a quadros hemolíticos graves. Relatamos 2 casos de DHRN por Anti-c. **Descrição do caso:** Caso 1: RN a termo, M, cesárea, 3225g, Apgar 9; Mãe: A RHD+ R1r, Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI): positiva (POS) 3+. Com 7 horas de vida, RN apresentou icterícia (zona II). Exames: Hb13, HT39, Reticulócitos (RT) 9%, BT 9,1/BI 8,7; GS: A RHD+ R1R2 Cw-k-; TAD: POS 3+. Painel de hemácias identificou Ac imunes anti-c (1:8) e anti-E (1:1). Eluato Ácido: Anti-c e Anti-E (IgG). Mesmo em fototerapia, teve queda de HB (9,5) e hiperbilirrubinemia progressiva até BT22. Recebeu CHFIA e Imunoglobulina (IgEv) sem melhora, necessitando de exsanguinotransfusão (EXT). Exames pós-EXT: Hb 16,4, Ht 48,5, RT 1,65, BT 14,2/BI 13,4. Caso 2: RN a termo, M, cesárea, 2645g, Apgar 9; Mãe: O RHD+ R1R1, PAI POS 2+. Painel de hemácias mostrou anti-c (1:258). Com 12-horas de vida, RN apresentou icterícia neonatal

(zona II), Exames: Hb 12,7, Ht 38, RT 8,8, BI 6,8/BT 7,4; GS: O RHD+ R1r; TAD: POS 4+; Eluato Ácido: POS 2+ com presença de anti-c (IgG). A BT atingiu 12,7. Iniciou fototerapia e foi submetido a EXT. Exames pós-EXT: Hb 14,5, Ht 45, RT 2,7, BT 5,5/BI 4,9. Ambos casos evoluíram bem. **Discussão:** O sistema Rh é a principal causa de DHRN grave, sendo altamente imunogênico e clinicamente relevante. Apesar da profilaxia anti-D, a aloimunização materna ainda ocorre em 1,5% das gestações. Antígenos (Ag) menores do sistema Rh (C/c/E/e) são responsáveis por 4% dos casos, podendo se apresentar desde formas subclínicas até quadros graves (hidropsia fetal) com anemia e hiperbilirrubinemia significativas. A frequência do Ag c é de 80% em caucasianos. Há um número limitado de casos de incompatibilidade reportados. A presença do Anti-c com ou sem o Anti-E é encontrado em aproximadamente 0,7/1000 gestações. Apesar de subestimada, a DHRN por anti-c pode ser tão grave quanto aquela por anti-D. A aloimunização anti-c pode ocorrer após exposição a antígenos eritrocitários fetais de origem paterna, o que pode passar despercebido em mães RhD+. O risco de imunização pelo Ag c é menor que o Ag D e sua confirmação pode ser mais difícil devido (1) 40%-50% das gestantes com anti-c são imunizadas por transfusão e podem ter baixo título e (2) RN c-pos podem ter TAD NEG e o diagnóstico deve ser feito pelo combo Eluato (RN)/PAI (mãe). O tratamento depende da gravidade clínica e da hiperbilirrubinemia, podendo incluir fototerapia, IgEv, transfusão e EXT. Nossos casos mostraram que a hemólise pode ser precoce e significativa, independentemente do título. **Conclusão:** A DHRN por anti-c pode ter curso grave e demandar intervenção rápida e intensiva. O rastreamento de Ac eritrocitários irregulares deve ser realizado rotineiramente, mesmo em gestantes RHD+. A detecção precoce permite o monitoramento fetal adequado e a melhora do prognóstico neonatal.

Referências:

Lieberman L et al. Hemolytic disease of the fetus and newborn due to Rh(C) alloimmunization: a case series and literature review. *Transfusion* 2015;55(11):2650–2655. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes para Manejo da Icterícia Neonatal. Departamento de Neonatologia. 2019.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106004>

ID – 480

ECTASIA VASCULAR DO ANTRO GÁSTRICO (GAVE) EM ADOLESCENTE: DESAFIO DIAGNÓSTICO E IMPORTÂNCIA DA TERAPIA TRANSFUSIONAL NO SUPORTE AO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

EFG dos Santos, PMN Teixeira, ECRG Batalini,
JC Gazola

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil