

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

Introdução: A Ectasia Vascular do Antro Gástrico (GAVE), também conhecida como “estômago em melancia”, é uma causa incomum de sangramento gastrointestinal crônico ou agudo. Geralmente acomete pacientes idosos com doenças hepáticas ou autoimunes, sendo rara em adolescentes. O diagnóstico é realizado por meio de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), que revela listras avermelhadas longitudinais na mucosa gástrica. O tratamento inclui abordagem endoscópica e suporte clínico, incluindo transfusões, fundamentais para estabilização do paciente até resolução do quadro hemorrágico. **Objetivos:** Relatar um caso de GAVE em paciente jovem, destacando: A raridade do diagnóstico nessa faixa etária; A importância da confirmação endoscópica; O papel fundamental da terapia transfusional na manutenção da estabilidade clínica para tratamento endoscópico eficaz. **Material e métodos:** Relato de caso clínico realizado a partir da análise retrospectiva do prontuário de um paciente do sexo masculino, 17 anos, admitido com quadro de hematemese e sintomas sistêmicos. Os dados foram coletados durante sua internação, intervenções diagnósticas e terapêuticas realizadas, evolução clínica e resposta ao tratamento. **Discussão e conclusão:** O paciente foi admitido com quadro de sangramento digestivo alto e sintomas sugestivos de virose, sendo inicialmente suspeita de dengue. Com evolução para melena, foram administradas transfusões de concentrado de hemácias e crioprecipitado. Após EDA, foi diagnosticada GAVE. O tratamento incluiu sessões endoscópicas com Hemospray, escleroterapia e coagulação com plasma de argônio. O uso de Octreotide também foi necessário. Durante os 12 dias de internação, foram transfundidas 16 unidades de concentrado de hemácias, 21 de plaquetas e 23 de crioprecipitado. O paciente teve alta hospitalar com seguimento ambulatorial, evoluindo satisfatoriamente até a alta definitiva. O caso descrito evidencia a importância da suspeita clínica e diagnóstico precoce de GAVE mesmo em pacientes fora do perfil epidemiológico comum. A atuação integrada entre equipe clínica, endoscopista e agência transfusional foi essencial para o manejo da hemorragia e recuperação do paciente. O suporte transfusional permitiu estabilidade hemodinâmica, possibilitando a realização das terapias endoscópicas de forma segura e eficaz. Ressalta-se a necessidade de manter estoques de hemocomponentes adequados para atendimentos emergenciais, especialmente em instituições que realizam terapias de alta complexidade.

Referências:

1. Sethi A, Sharma NR, Cohen J, et al. Gastric antral vascular ectasia: management and treatment options. *World J Gastroenterol.* 2023;29(3):360–372. doi:10.3748/wjg.v29.i3.360.
2. Salgueiro M, Torres J, Oliveira L, et al. Endoscopic Management of GAVE: Comparative Effectiveness of Argon Plasma Coagulation and Hemospray. *GE Portuguese Journal of Gastroenterology.* 2022;29(4):243-248.
3. National Blood Authority Australia. Patient Blood Management Guidelines: Module 3 – Medical. 2023. Disponível em: <https://www.blood.gov.au/pbm-module-3>.

ID – 1268

EFEITOS DA EMERGÊNCIA POR DENGUE NA HEMORREDE PÚBLICA DO DF: UMA ABORDAGEM BASEADA EM DADOS TRANSFUSIONAIS

PLS Leitão, RV Lopes, CBD Carvalho, DFM Mühlbeier, ADCF Colombo, VMD Araújo

Fundação Hemocentro de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Introdução: A dengue é uma doença febril sazonal no Distrito Federal (DF), com maior incidência entre outubro e maio. Em janeiro de 2024, o Governo do DF declarou situação de emergência pública diante do aumento expressivo de casos. Entre outubro de 2023 e maio de 2024 foram notificados 306.053 casos de dengue, um aumento de 739,53% em relação ao mesmo período do ano anterior. Já entre outubro de 2024 a maio de 2025, observou-se redução de 92,67%, com 22.407 casos notificados, quando comparados os períodos. **Objetivos:** Avaliar o impacto da emergência de dengue na demanda por transfusões de sangue e concentrados de plaquetas na hemorrede pública do Distrito Federal. **Material e métodos:** Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo com dados dos Boletins Epidemiológicos da SES-DF e das planilhas de Hemoprod registradas mensalmente pelas Agências Transfusionais (AT) da hemorrede pública do DF. **Resultados:** Entre outubro/2022 e maio/2023 foram realizadas 59.080 transfusões, sendo 19.820 de concentrados de plaquetas. No período subsequente (outubro/2023 a maio/2024), em meio à emergência de dengue, ocorreram 65.783 transfusões totais, das quais 24.898 foram de plaquetas – um aumento de 11,34% e de 25,62%, respectivamente. Já entre outubro/2024 e maio/2025, com redução expressiva nos casos de dengue, foram realizadas 60.236 transfusões de sangue, sendo 19.960 de plaquetas, representando queda de 8,43% nas transfusões totais e de 19,83% nas transfusões de plaquetas, em relação ao período anterior. **Discussão:** A emergência de dengue, de outubro de 2023 a maio de 2024, impactou diretamente a demanda transfusional, especialmente de plaquetas, cuja necessidade pode ser atribuída à trombocitopenia grave observada nos casos clínicos da doença. A transfusão de plaquetas em pacientes com dengue deve ser cuidadosamente indicada, conforme publicação do Ministério da Saúde - Dengue: diagnóstico e manejo clínico. Ainda, novas diretrizes para inaptidão de doadores de sangue, implementadas pela ANVISA em março de 2024 durante a emergência de dengue, implicaram em uma maior inaptidão dos doadores durante o período na Fundação Hemocentro de Brasília (FHB). Já para outubro de 2024 a maio de 2025 observou-se uma diminuição nos casos de dengue no DF, quando comparado ao período anterior. Para uma análise mais aprofundada das indicações de transfusão em pacientes com dengue, faz-se necessária uma avaliação pormenorizada das transfusões solicitadas entre outubro de 2023 e maio de 2024. **Conclusão:** A emergência de dengue no DF, especialmente no período entre outubro de 2023 e maio de 2024, resultou em aumento expressivo na demanda transfusional, em