

3. Moretto FA, Sousa ACT, Fernandes HP, Barjas-Castro ML. Doença da aglutinina fria (CAD) e síndrome da aglutinina fria (CAS): investigação laboratorial segundo Consenso Internacional 2020. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2024.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104185>

ID – 2506

RELATO DE CASO: MANEJO DA DOENÇA HEMOLÍTICA DO FETO E DO RECÉM-NASCIDO COM USO ANTENATAL DE IMUNOGLOBULINA EM GESTANTE COM DOENÇA FALCIFORME

MS Kando, EM Francalanci, MF Rosa, AB Filho, LC Nascimento, POC Terra

Universidade Federal de Uberlândia (UFU),
Uberlândia, MG, Brasil

Introdução: Aloanticorpos maternos contra antígenos eritrocitários diferentes do RhD podem causar hemólise clinicamente significativa de hemácias fetais e neonatais, conhecida como doença hemolítica do feto e do recém-nascido (DHFRN). Aloanticorpos contra antígenos eritrocitários não-RhD são observados em aproximadamente 1,5 a 2,5 % das gestações, desenvolvidos após transfusões ou sangramento feto-materno. O risco de aloimunização em pacientes com Doença Falciforme (DF) é maior que na população geral, devido a diferença de perfil antigênico, frequência de transfusões e resposta imune exacerbada, chegando a incidência de 20 a 50% de aloanticorpos ao longo da vida. O manejo pré natal envolve a triagem de rotina para anticorpos irregulares, a avaliação do significado clínico do anticorpo, a determinação do perfil antigênico do feto e o monitoramento não invasivo da anemia fetal. Os tratamentos para DHFRN incluem transfusão intrauterina (TIU), fototerapia, exsanguineotransfusão e Imunoglobulina intravenosa (IGIV). O relato objetiva descrever caso de DHFRN em filho de mãe portadora de DF com múltiplos aloanticorpos com intervenção antenatal com IGIV e provável redução de gravidade no feto e recém nascido. A metodologia do relato foi com estudo de caso conduzido no HC-UFU e revisão de literatura. **Descrição do caso:** RN, pré termo, parto cesárea com 34 semanas e 3 dias devido a anemia materna grave - DF aloimunizada com restrição de transfusão (Anti-C, Anti-E, Anti-Jkb, Anti-Fya, Anti-Lea e Anticorpo de especificidade não determinado pelo painel de hemácias com suspeita de ser voltado contra antígeno do sistema KNOPS) com Hb 4,6g/dl, sem Concentrado de Hemácias (CH) compatível, com histórico de Síndrome de Hiperhemólise (SHH) em última transfusão com bolsa compatibilizada com 25 semanas e 5 dias de gestação. Mãe recebeu IGIV e corticoterapia para manejo da SHH e manteve uso nos últimos dois meses de gestação. Monitoramento não invasivo de anemia fetal sem alterações. RN apresentou icterícia precoce (Bilirrubina total 4,17 $\mu\text{mol/L}$ com 8 horas de vida), quando iniciou fototerapia (Nível de fototerapia 6,2; Nível de Exsanguineotransfusão 14,1), tendo recebido por 4 dias. Fenotipagem eritrocitária: O positivo (D+, C+, c+, E-, e+, K-, Jka+,

Jkb-, M+, N+, Duffy e Lewis não avaliados). Teve boa resposta à fototerapia. Hb inicial normal, sem reticulocitose, porém com queda progressiva após o nascimento e repercussão clínica tardia: 14g/dl (1º dia); 11,8 (5 dias); 9,2 (21 dias). Recebeu IGIV 1g/kg e Eritropoetina 400UI/kg 3x por duas semanas iniciadas com 21 dias de vida. Evoluiu com boa resposta clínica e laboratorial: Hb 13g/dl (6 semanas). **Conclusão:** O caso descrito ilustra o efeito terapêutico da IGIV antenatal na DHFRN em bebê de mãe aloimunizada por grupos menores com restrição/contraindicação à terapia transfusional e possível redução de gravidade clínica. Um Estudo de coorte retrospectivo multicêntrico, conduzido por Zwiers et al. (2018), comparou gestações de mães com anticorpos anti-D tratadas com IGIV com gestações de mães não tratadas. Foi encontrado atraso de 15 dias para a necessidade de TIU quando comparado ao grupo não tratado. Se a IGIV foi iniciada antes de 13 semanas de gestação, uma diferença de 25 dias foi encontrada para o início de anemia grave com necessidade de TIU. A sobrevida global foi de 88% e não diferiu entre os grupos de tratamento. Assim, a IGIV antenatal pode ser uma opção terapêutica na DHFRN, principalmente nos casos com restrição à terapia transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104186>

ID - 2076

RELATO DE TRÊS CASOS DE HEMOGLOBINA RUSH EM HETEROZIGOSE NO MARANHÃO: IMPLICAÇÕES LABORATORIAIS E DIAGNÓSTICAS

GA Bernardino^a, LA Souza-Junior^b,
EP Noronha^a, E Belini-Junior^b

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia do
Maranhão (HEMOMAR), São Luís, MA, Brasil

^b Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
(UFMS), Três Lagoas, MS, Brasil

Introdução: A hemoglobina (Hb) Rush é uma variante instável da cadeia β , causada pela mutação HBB:c.304G>C (β 101 Glu→Gln), associada a anemia hemolítica leve a moderada mesmo em heterozigose. No HPLC, elui no “S-window”, podendo gerar diagnósticos equivocados. No Brasil, há poucos relatos. Descrevemos três casos diagnosticados no Ambulatório do Hemocentro do MARANHÃO (HEMOMAR), destacando o desafio diagnóstico e a importância da confirmação molecular. **Descrição do caso:** Três pacientes do sexo feminino, com 36, 34 e 40 anos, foram atendidas no Ambulatório do HEMOMAR para a investigação de anemia. As amostras de sangue total foram encaminhadas ao Laboratório de Genética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS/CPTL) para investigação molecular de perfis hemoglobínicos inconclusivos. Realizaram-se hemograma e reticulograma no analisador automatizado ADVIA 2120i, análises bioquímicas no sistema ARCHITECT ci4100, cromatografia líquida de alta eficiência (HPLC) no equipamento Premier Resolution, eletroforese de hemoglobinas (ELH) em pH ácido e alcalino no sistema SPIFE® 3000 e sequenciamento do gene HBB no sequenciador