

idade, doença de base, tipo de transplante, grupo sanguíneo do doador e do receptor, N de transfusões e os tipos de hemocomponentes utilizados. **Resultados:** Neste período foram transplantados 37 pacientes sendo 20 do gênero feminino e 17 masculino. A idade variou de 8 a 70 anos, mediana de 50. Quanto aos diagnósticos: 14 Mieloma Múltiplo, 9 Leucemia Mielóide Aguda, 3 Leucemia Linfóide Aguda, 2 Neuroblastoma, 2 Síndrome Mielodisplásica, 1 Linfoma de Hodgkin, 1 Linfoma não Hodgkin, 1 Anemia Aplástica e 1 Neoplasia de Testículo. Dos 37 TCTH, 21 foram autólogos e 16 alogênicos sendo 8 aparentados e 8 não aparentados. Dos alogênicos, 6 foram ABO isogrupo, 6 tinham incompatibilidade bidirecional, 2 incompatibilidade menor e 2 maior. Quanto a origem das CTH em 31 casos a fonte foi sangue periférico utilizando a Spectra Optia™. Foram transfundidos 2919 Concentrados de Plaquetas (CPLAQ) e 315 Concentrado de Hemácias (CH) filtrados e irradiados, 44 Plasmas Fresco e 21 Crioprecipitados. A escolha dos grupos sanguíneos dos hemocomponentes seguiu as orientações da SBTMO que seleciona o grupo sanguíneo do hemocomponente segundo as diferentes fases do TCTH. **Discussão:** Em todos os tipos de TCTH o CPLAQ foi o hemocomponente mais transfundido. Comparando os grupos TCTH autólogo versus alogênico, não houve diferenças significativas em relação ao consumo de CH ($p=0,1214$) e de CPLAQ ($p=0,7463$). Também não houve diferença de consumo entre os TCTH isogrupo $\times$ não isogrupo CH ($p=0,5298$) e CPLAQ ($p=0,4258$). Ao compararmos os grupos TCTH com incompatibilidade maior $\times$ menor observamos um aumento significativo de transfusões de CH ($p=0,0254$) e de CPLAQ ($p=0,019$) nos casos de incompatibilidade maior. **Conclusões:** Os produtos de aférese de CTH geralmente contêm menos de 10 a 20 mL de hemácias e podem ser tolerados. Não observamos quadro de hemólise aguda. No entanto a presença de anticorpos no receptor versus doador levou a um maior consumo de hemocomponentes provavelmente devido a um quadro de aplasia medular. Embora o número de casos seja pequeno a incompatibilidade ABO maior entre doador e receptor foi o fator relevante em relação ao aumento de consumo de CH e CPLAQ. **Referências:** Clinical Hematology International. 2024;6(1):128-140 doi:10.46989/001c.94135.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106049>

ID – 2243

TRANSMISSÃO VERTICAL DE DENGUE COM TROMBOCITOPENIA EM NEONATO PREMATURO: RELATO DE CASO E DESAFIOS TRANSFUSIONAIS

C Zutin ^a, ACK Chiquito ^a, JPL Amorim ^b

^a Grupo Gestor de Hemoterapia – Grupo GSH, Araras, SP, Brasil

^b Grupo Gestor de Hemoterapia – Grupo GSH, Brasília, DF, Brasil

Introdução: A dengue é uma arbovirose transmitida mais facilmente pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, porém casos de transmissão vertical têm sido relatados com maior frequência nos últimos anos, especialmente em regiões de alta

endemicidade. Em neonatos, a infecção pelo vírus da dengue pode apresentar manifestações clínicas graves. A trombocitopenia é uma das principais complicações hematológicas associadas e pode predispor a sangramentos significativos nessa população. A transfusão de plaquetas pode se tornar uma medida terapêutica emergencial e vital. A decisão pela transfusão deve ser criteriosa, considerando os riscos envolvidos. Diante disso, torna-se fundamental discutir os critérios clínicos e laboratoriais que norteiam a indicação além de compreender os desfechos clínicos associados a essa conduta. A análise de relatos de casos e diretrizes clínicas podem contribuir para um manejo mais seguro e eficaz desses pacientes vulneráveis.

Descrição do caso: Recém-nascido, masculino, parto cesárea de 34 semanas e 5 dias de gestação, peso 2.405g, 42,5 cm e Apgar 8/9. Apresentou desconforto respiratório ao nascimento, sendo aspirado e ventilado com balão, admitido na UTI neonatal com febre, taquidispneia e ascite, porém mantendo-se ativo e reativo. Exames laboratoriais mostraram leucopenia (3.770 leucócitos/ mm^3) e plaquetopenia (58.000 mm^3) sem indicação imediata de transfusão. No quinto dia de internação, teve queda da contagem plaquetária para 9.000 mm^3 , epístaxe, distensão abdominal e sangramento, quadro que configurou indicação formal de transfusão. A mãe VDRL reagente, teve bolsa rota de 11 horas e ambos (mãe e RN) testaram positivo para NS1. **Conclusão:** A transmissão vertical da dengue embora rara representa uma via significativa de infecção neonatal. O caso descreve um prematuro com sinais clínicos precoces de infecção e comprometimento hematológico, sugerindo dengue congênita. Desde o nascimento apresentou desconforto respiratório, sendo admitido na UTI neonatal com febre, taquidispneia e ascite. A contagem plaquetária inicial embora baixa não indicava transfusão imediata o que é condizente com os protocolos do Ministério da Saúde e da Fiocruz. A literatura científica relata que transfusões devem ser consideradas com contagem inferior a 20.000 mm^3 ou na presença de sinais de sangramento, como observado neste caso. A resposta clínica favorável após as transfusões confirma a eficácia da conduta adotada e revela a complexidade de manejo, especialmente em prematuros, em que múltiplos fatores podem contribuir para a instabilidade clínica. Este relato evidencia a gravidade da dengue congênita e a importância de uma abordagem criteriosa para indicação de transfusão plaquetária. A evolução clínica favorável após intervenção adequada reforça a relevância do monitoramento intensivo e da atenção redobrada a gestantes com sinais sugestivos de infecção viral em áreas endêmicas. O paciente recebeu alta hospitalar no 31º dia de vida, com peso de 2.820g, em bom estado geral, ativo e eupneico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106050>

ID – 308

TRIAGEM DO ANTÍGENO NS1 DA DENGUE EM CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS: AVALIAÇÃO EM SERVIÇO PRIVADO DE HEMOTERAPIA NO INTERIOR PAULISTA

ICG Branco, MP Carlin, JS Carrascosa, MDJ Rodrigues, JDJ Santos, TFC da Silva,