



Doença Hemolítica Neonatal, Diagnóstico e Manejo: Um relato de caso

Syane Oliveira Gonçalves¹, Juliana Menegussi¹, Marina Bento Alves Vasconcellos¹, Priscila de Castro Soares Barreto¹, Rafaela Salezze Calmon¹, Victória Caroline Danielli da Silva², Virgínia Caetano Marques Curi³, Jovanna Couto Caser Anechini⁴, Andreia Lube Antunes de S. Thiago Pereira⁴.

¹Médica Residente em Neonatologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. ²Acadêmica de medicina da Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM ³Médica Neonatologista do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. ⁴Médica Neonatologista, professora preceptora da Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. E-mail do autor correspondente: syaneog@gmail.com

Introdução

A doença hemolítica neonatal (HDFM) é desencadeada pela destruição das células vermelhas do neonato ou feto pela passagem passiva transplacentária de imunoglobulinas G (IgG) maternas produzidas a partir de uma sensibilização prévia.² A incidência de doença hemolítica é de aproximadamente 36,23%. Dentre elas, a prevalência de marcadores imunohematológicos associados é de 9,07%, sendo: 0,43% Coombs indireto, 4,1% Coombs direto e 4,53% Eluato.¹

Objetivo

Relatar o caso de um recém nascido (RN) com HDFM na forma icterica e anêmica, abordando o diagnóstico e conduta sob cuidados na Maternidade Promatre, no município de Vitória-ES.

Metodologia

As informações foram obtidas por meio de seguimento clínico e laboratório do binômio e revisão literária.

Conclusão

O relato do caso e as revisões bibliográficas realizadas para a discussão trazem a luz um tema frequentemente encontrado na faixa etária neonatal. Feito o diagnóstico precocemente, a terapêutica adequada deve ser instituída e investigada a etiopatogenia, garantindo a integridade e a qualidade de vida do paciente.

Referências

- ¹CIANCIARULLO, Marco Antonio; CECCON, Maria Esther Jurfest; VAZ, Flávio Adolfo Costa. Prevalence of immunohematologic test at birth and the incidence of hemolytic disease in the newborn. *Rev. Assoc. Med Bras. São Paulo*, p. 45-53. 2003. CALHOUN,
²Darnele A. Postnatal diagnosis and management of hemolytic disease of the fetus and newborn. *Uptodate*. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 16 nov. 2020.

Relato do Caso

VGDR, 14 anos, primigesta, pré natal irregular, apresentando VDRL 1/256. Refere tratamento de sífilis, sem comprovação. Testes rápidos da maternidade apenas sífilis positivo. Tipagem sanguínea da mãe O negativo e do RN B positivo. RN pré-termo tardio (35,5 semanas pela avaliação ultrassonográfica), pequeno para idade gestacional, nascido de parto normal, Apgar 8/9. Com 11h de vida, em alojamento conjunto, evoluiu com icterícia precoce, com bilirrubina transcutânea de 11,1 mg/dl, aferida por Bilirrubinômetro Drager JM-105, sendo iniciada fototerapia intensiva (nível de fototerapia (NF) 5,6 mg/dl, nível de exanguineotransfusão (NE) 13,3 mg/dl, Bhuthani, 2004), transferido para UTI Neonatal. Os exames laboratoriais com 14h de vida evidenciaram risco de hiperbilirrubinemia hemolítica com Reticulócitos 14%; DHL 1612; BT 12,4, Bd 0,8, Bi 11,6 (NF: 6,1mg/dl) e Velocidade de hemólise (VH) 0,43 mg/dl/h, com NE: 13,7 mg/dl, iniciada hidratação venosa e intensificada fototerapia. A sífilis congênita foi confirmada e tratada devido VDRL 1/256, sem intercorrências. O exame após 4h de fototerapia apresentava VH de 0,47 mg/dl/h sendo indicado Imunoglobulina 1g/kg com queda de bilirrubina sérica para 7,0 mg/dl. Manteve-se em fototerapia por 6 dias. Durante o tratamento houve queda de hemoglobina (Hb) até 7,1 mg/dl e hematócrito (Htc) de 21,3%, com necessidade de hemoderivado, não indicado anteriormente devido estabilidade clínica. Após transfusão houve correção da Hb para 12,5 mg/dl e Htc para 37,1%. A doença hemolítica foi confirmada por incompatibilidade Rh sendo eluato e pesquisa de anticorpos irregulares positivas na mãe e no RN. O Rn recebeu alta com seguimento hematológico.