

centrifuged at 2,000 rpm or 805g, 20 minutes, 4°C, with a brake. Using a manual extractor, the supernatant was transferred to another bag and the buffy coats were measured using a 50 mL syringe, resuspended with the same respective thawing solutions and counted again, as well as the supernatant to indicate a possible cell loss. Results: Nucleated cell recoveries using Dextran and Voluven® were similar: median total cells (TNC) 83 (77–92), lymphocyte 96 (78–100) and granulocytes 71 (51–94) using dextran and median total cells (TNC) 88 (75–100), lymphocyte 100 (83–100) and granulocytes 71 (58–100) using Voluven®. There was no cell loss in the supernatant, median TNC 0.06×10^9 (0–0.49) and 0.01×10^9 (0–0.39), respectively. Conclusion: The DMSO removal using HAES Voluven® 6% solution and albumin 4% was similar to Dextran 40 and, therefore, validated in our service. It is worth to note that the cost is significantly reduced, R\$ 3204,99 vs. R\$ 2358,03.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1688>

PACIENTE COM LINFOMA T ANGIOIMUNOBLÁSTICO E LINFOCITOSE CLONAL B SECUNDÁRIA À REATIVAÇÃO DO VÍRUS EPSTEIN BARR APÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA - RELATO DE CASO

L Paiva, JC Vieira, GMG Fontoura, AB Moreno,
B Sabioni, R Schaffel

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de
Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A doença linfoproliferativa pós transplante (PTLD) associada ao vírus Epstein-Barr (EBV) é uma complicação grave que se correlaciona ao grau de imunossupressão, status sorológico EBV (doador/receptor), doença enxerto contra o hospedeiro aguda (DECHA), disparidade HLA e idade. **Objetivo:** relatar um caso de linfoma T angioimunoblástico submetido a transplante alogênico de medula óssea com reativação do EBV e linfocitose clonal B. **Relato de caso:** Paciente masculino, 52 anos, vivendo com HIV, em bom controle virológico e contagem TCD4, com linfoma T angioimunoblástico recidivado após o tratamento inicial e consolidação com transplante autólogo de medula óssea, em remissão completa após resgate. Submetido a transplante alogênico de medula óssea não mieloablativo, de doador aparentado, fonte sangue periférico e profilaxia para DECH com metotrexate e ciclosporina. Iniciou no D+26 quadro de DECHA gastrointestinal e cutânea grave/com risco de morte e corticorretratária, confirmada por histopatológico de endoscopia digestiva alta e de colonoscopia. Descartadas possíveis causas infecciosas e iniciado tratamento de segunda linha com timoglobulina e ruxolitinib. Obteve melhora total, em programação de alta quando iniciou episódios subfebris no D+55 e progressão para febre após 1 semana, sem foco presumível, mantida apesar de antibioticoterapia e retirada de cateter central. Evoluiu com pancitopenia inicialmente atribuída à medicação, mantendo bicitopenia (anemia e trombocitopenia) após a retirada de possíveis desencadeantes.

Houve ainda aumento de LDH, progressão para esplenomegalia dolorosa, insuficiência hepática aguda e linfocitose às custas de linfócitos polimórficos à hematoscopia. O painel viral identificou reativação do EBV (11.052,25 cópias/mL) e foi negativo para os demais vírus testados. A imunofenotipagem do sangue periférico evidenciou 84% de linfócitos B anômalos kappa+, CD20+, CD79a+, CD19+, negativos para lambda, IgM citoplasmático, CD34, CD66c, CD58, CD10, MPO, CD7, CD3 e CD5. Apesar da retirada da imunossupressão e prescrição de rituximab, o paciente evoluiu para óbito por insuficiência hepática aguda. **Discussão:** No período pós transplante a ocorrência de febre, citopenias e disfunções orgânicas têm uma ampla gama de diagnósticos diferenciais, infecciosos ou não. O caso acima descreve um paciente com HIV e linfoma T angioimunoblástico, que tende a estar associado ao EBV e que, após o transplante alogênico apresentou DECHA corticorretratária, com uso de timoglobulina e reativação do EBV, com doença linfoproliferativa clonal B de apresentação aguda e desfecho desfavorável. Neste caso, o paciente apresentava imunossupressão T grave tendo como contribuintes, além do uso da ciclosporina, corticoide em altas doses e timoglobulina. A contribuição pelo HIV é incerta já que o paciente apresentava contagem TCD4 satisfatória pré transplante. A reativação do EBV após o transplante provoca proliferação e lise das células B em um cenário de imunossupressão em que não há atividade de células T citotóxicas para o seu controle, evoluindo para PTLD. **Conclusão:** Além da apresentação variável da PTLD, seus sinais e sintomas podem estar presentes em outros diagnósticos diferenciais no paciente pós transplante. Portanto, é preciso um alto grau de suspeição, assim como disponibilidade de ferramentas diagnósticas e terapêuticas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1689>

DESAFIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE PNEUMONITE AGUDA E EXANTEMA SÚBITO POR HERPESVÍRUS HUMANO 6 (HHV-6) APÓS TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS- TRONCO PÓS-HEMATOPOIÉTICAS: RELATO DE CASO.

FZ Piazero^a, JVP Neto^b, LHA Ramos^b,
PP Faust^b, RS Vasconcelos^b

^a Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^b CETTRO – Centro de Tratamento Oncológico,
Oncoclínicas, Brasília, DF, Brasil

Introdução: O Herpes Vírus Humano-6 (HHV-6), um membro da família Herpesviridae, é geralmente adquirido entre as idades de 6 e 15 meses, sendo responsável por 20% de todas as febres agudas em crianças entre 6 e 12 meses de idade sendo o agente causador do exantema súbito. O HHV-6 estabelece latência em células hematopoieticas CD34 positivas, como monócitos, macrófagos, progenitores da medula óssea e células T. A reativação do HHV-6 latente pode ocorrer em condições imunossupressoras. A reativação do HHV-6 em receptores de HSCT varia de assintomático ao desenvolvimento de febre, erupção cutânea, pneumonite,