

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,

mielossupressão, enxerto tardio, reativação do CMV, condições de risco de vida como doença aguda do enxerto contra o hospedeiro (aGVHD). **Materiais e métodos:** Relatamos um paciente portador de LNH de alto grau submetido ao TMO autólogo com pneumonite e exantema súbito durante TCTH. **Resultados:** Paciente 69 anos, portador de Linfoma Difuso de Grandes Celulas B EC IVB- infiltração óssea e profilaxia e SNC de Ann Arbor, IPI de alto risco, FISH para EBV negativo, sorologias negativas sendo tratado inicialmente com R-EPOCH 6 ciclos com RC confirmada pelo PET-SCAN. Permaneceu em remissão por 3 anos, apresentando recaída óssea em úmero com fratura patológica. Realizada Biopsia óssea que confirmou se tratar do subtipo histológico idêntico ao diagnóstico. Realizado tratamento de resgate com R-GDP 4 ciclos com RC e consolidação com TCTH autólogo com protocolo BEAM (bendamustina 200 mg/m²/dia, etoposídeo 200 mg/m²/dia, AraC 400 mg/m²/dia, melfalano 140 mg/m²/dia) com infusão de 6×10.6 kg de células CD34+. Apresentou no D+11 febre com calafrios, rash cutâneo cervical e torácico sem correlação com farmacodermia associado tosse seca e dispneia moderada com hipoxemia periférica, já em uso de antibioticoterapia ampliada com cobertura extensa incluindo fungo. Realizada TAC de Tórax pequenas opacidades em vidro fosco com componente consolidativo. Realizado lavado bronco alveolar e pesquisa sérica de galactomana, PCR de CMV, bactérias, fungos, PCR Varicela Zoster, PCR de EBV, PCR de adenovírus e Tuberculose, Pneumocistose que foram negativos. Pesquisa PCR quantitativo de HHV6 sérico 111.320 cópias/mL com e no lavado presente. Foi iniciado tratamento com ganciclovir por 15 dias com resolução do quadro pulmonar e PCR de HHV6 indetectável. A recuperação hematológica ocorreu no D+ 15 do transplante, reforçando atraso da recuperação plaquetária que ocorreu no D+ 28 com necessidade transfusional diária. **Conclusão:** Os receptores de auto-TCTH são geralmente considerados menos suscetíveis à reativação viral do que os receptores de alo-TCTH. A imaturidade imunológica e a falta de células T específicas podem explicar o risco de infecção viral após transplante nesse caso. A replicação do HHV-6 é responsável pela imuno modulação e imunodeficiência do hospedeiro, influenciando a morbidade, mortalidade e infecções bem como atrasos na enxertia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1690>

ÍLEO PARALÍTICO ASSOCIADO À VINORELBINA NA MOBILIZAÇÃO PARA TCTH AUTÓLOGO: RELATO DE CASOS

BB Arnold, BB Cal, ME Pelicer, RO Coelho,
BC Sacchi, LC Brito, LN Melo, LO Cantadori,
RD Gaiolla

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Botucatu da Universidade Estadual Paulista
(HCFMB-UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Vinorelbina é um antineoplásico semisintético, alcaloide da vinca, cujo uso foi ampliado como adjuvante na mobilização de Células-Tronco Hematopoéticas (CTH) na era

da Terapia Celular. Neste trabalho, relatamos dois casos que mobilizaram com Fator Estimulador de Colônias de Granulócitos (GCSF) e Vinorelbina para Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) Autólogo e evoluíram com íleo paralítico. **Relatos:** Homens, 55 anos (caso 1) e 57 anos (caso 2), mobilizaram conforme protocolo da instituição: Vinorelbina 35 mg/m² EV (D1) e GCSF 5 µg/kg SC 2×/dia a partir do D4 e programação de leucaférese no D8, se nível adequado de CD34+ em Sangue Periférico (SP). Caso 1, Mieloma Múltiplo, após 3 ciclos de Dara-VTD, apresenta no D7 da mobilização, quadro de neutropenia febril (Leucócitos = 500/mm³, Neutrófilos = 0) com distensão abdominal expressiva, dolorosa e constipação intestinal. Tomografia (TC) de abdome: distensão de alças colônicas, sem pontos obstrutivos; feita hipótese de íleo paralítico com possível colite infecciosa. Realizado Meropenem e cancelada coleta de CTH. Neutropenia e íleo paralítico foram atribuídos à Vinorelbina. Posteriormente, coletou CTH com GCSF e Plerixafor, sem intercorrências, realizando TCTH Autólogo com sucesso. Caso#2, Linfoma T Periférico, tratado com 3 linhas prévias: inicialmente CHOEP; após recidiva precoce, DHAP e GEMOX. Ao internar para coleta de CTH, constipado desde D3, inicia com inapetência, distensão e dor abdominal. Evolui com parada total na eliminação de fezes e flatos, picos pressóricos e vômitos biliosos. TC de abdome: coprostase, dilatação de alças colônicas e gástrica, sem obstrução; hipótese de íleo paralítico secundário ao quimioterápico. Otimizado medidas laxativas com resposta progressiva. Infelizmente apresentou falha de mobilização, mas segue em Resposta Completa no PET. **Discussão:** TCTH Autólogo é importante estratégia terapêutica para malignidades hematológicas, sobretudo Mieloma Múltiplo e Linfomas Recidivados e Refratários, melhorando Sobrevida Global e Sobrevida Livre de Doença. Após advento do GCSF, o SP tornou-se a principal fonte de CTH, mas seu uso isolado nesses pacientes têm maior risco de falha da mobilização (até 30% dos casos), por pior reserva medular e toxicidade cumulativa dos tratamentos prévios. Plerixafor, antagonista CXCR-4, tem alta eficácia, porém elevado custo e indisponibilidade no SUS. A associação de GCSF com quimioterapia em altas doses, como ciclofosfamida, é eficaz e acessível, mas com maior índice de neutropenia e risco de infecção e pico de CD34 em SP menos previsível. Estudos em Mieloma e Linfoma mostraram bons resultados, segurança e alta previsibilidade do pico de CD34 com Vinorelbina associada ao GCSF, sendo preferível em vários centros transplantadores do Brasil. O perfil de toxicidade é favorável e, embora constipação e desconforto abdominal sejam achados comuns, em geral são de leve intensidade. É pouco descrita na literatura evolução para íleo paralítico. A neurotoxicidade pela Vinorelbina, menor que em outros alcaloides da vinca, pode induzir neuropatia autônoma e, consequentemente, obstrução intestinal ou íleo paralítico. **Conclusão:** Os casos acima são raros, mas graves. Devem ser abordados precocemente e reconhecê-los é essencial, sobretudo atualmente, em que mais TCTH Autólogos são indicados e Vinorelbina mais utilizada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1691>