

Mais estudos são necessários para confirmar esses achados e determinar a melhor abordagem de tratamento para essa população específica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1757>

SEGUNDO TRANSPLANTE ALOGÊNICO EM PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA RECAÍDA E APÓS TERAPIA COM CÉLULAS CAR-T

AG Guerra, GMC Silva, MM Almeida, CC Justino, PHA Moraes, EL Rosa, FDS Azevedo, AMRF Hial, VC Molla, C Arrais-Rodrigues

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A LLA B com fusão BCR::ABL1 (LLA B Ph+) é mais prevalente entre pacientes mais idosos e historicamente associada a alto risco de recaída. O uso de Inibidores de Tiro-sina Quinase (ITK) é essencial para atingir a Doença Mínima Mensurável (DRM) indetectável, tendo modificado a história natural da doença. A terapia com Células com Receptor Anti-gênico quimérico (CAR-T) anti-CD19 é associada a boa resposta e baixa toxicidade. Há poucos dados sobre o trata-mento de recaídas de LLA após células CAR-T. **Objetivo:** Descrever o tratamento com segundo transplante alogênico em paciente adulto com LLA B Ph+ com múltiplas recaídas isoladas em SNC após primeiro transplante alogênico e células CAR-T. **Paciente e método:** Caso descrito com informações de prontuário eletrônico de serviço público de referência em Hematologia e Transplante de Medula Óssea de São Paulo. **Relato de caso:** Paciente feminina, 62 anos, diag-nosticada com LLA B Ph+, realizou indução com protocolo GRAAPH e Imatinibe. Encaminhada para TCTH alogênico não aparentado com duplo cordão umbilical, uma vez que não tinha doadores idênticos e apresentava altos títulos de anti-corpos anti-HLA contra os potenciais doadores haploidên-ticos. Teve enxertia neutrofílica no D+16. No D+100 foi reintroduzido imatinibe e evoluiu com doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) crônica leve ocular após 8 meses, a qual foi bem controlada com tratamento tópico. Apresentou recaída em SNC e trocado ITK para ponatinibe e realizadas aplicações de Quimioterapia Intratecal (QT IT). Apresentou trombose de artéria retiniana, tendo sido trocado novamente o ITK para dasatinibe. Após tratamento e atingir DRM inde-tectável, apresentou nova infiltração em SNC. Na 3ª recaída, foram reiniciados ponatinibe, QT IT e corticoide sistêmico. Após negatificação do LCR, foi encaminhada para infusão de CAR-T acadêmico, com reintrodução de ponatinibe no D+45. Teve nova recaída no SNC 5 meses após procedimento. Realizados 2 ciclos de altas doses de metotrexato e encaminhada para o segundo TCTH alogênico, dessa vez haploidêntico a partir do filho. O condicionamento foi de intensidade

reduzida e consistiu na associação de fludarabina, ciclofosfa-mida e TBI 4 Gray, e como profilaxia de DECH realizou Ciclo-fosfamida Pós-Transplante (PTCy), micofenolato de mofetila e ciclosporina. Não houve complicações significativas. Atual-mente está há 5 meses do transplante e segue em remissão com quimera completa de 100% doador e Doença Residual Mínima (DRM) indetectável na medula óssea e no LCR por cit-ometria. **Conclusão:** Descrevemos a viabilidade de realizar um segundo transplante alogênico em paciente com recaída após primeiro transplante e células CAR-T, com troca do doador, oferecendo ainda possibilidade de cura para essa paciente com múltiplas recaídas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1758>

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DO TRANSPLANTE HAPLOIDÊNTICO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (UFRJ)

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

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

Objetivo: Avaliar o perfil clínico-epidemiológico do trans-plante haploidêntico no período entre 2018 e 2024 no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF-UFRJ). **Materiais e métodos:** Revisão de prontuários dos pacientes submetidos a Transplante alogênico de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) no período entre 2018 e 2024 no HUCFF, com ênfase no transplante haploidêntico. Realizada também correlação com os dados da literatura publicados sobre o tema. **Resultados:** No período de interesse, foram realizados 29 transplantes alogênicos, sendo 7 haploidênticos (24,13%). Quanto às indicações, a distribuição foi heterogênea e incluiu leucemias agudas (linfoblástica B Philadelphia+ e mieloide aguda, ambas com condicionamento mieloablativo), leucemia mieloide crônica em crise blástica e linfomas (micose fungoide, lin-foma do manto, Hodgkin e leucemia/linfoma de células-T do adulto, com regimes de condicionamento de intensidade não reduzida ou não mieloablativo). A mortalidade no transplante haploidêntico foi de 57%. **Discussão:** Com a introdução da ciclofosfamida pós (PTCy), foi possível ampliar o transplante alogênico para pacientes sem outras modalidades de trata-mento disponíveis e que não possuíam doares compatíveis (aparentados ou não), bem como aqueles cuja indicação não está contemplada para o transplante não aparentado através do Sistema Único de Saúde no Brasil. Dentre as preocupações, estão a ocorrência de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) e a falha primária de enxertia devido a uma maior alorreatividade bidirecional. A PTCy elimina tanto os linfócitos T do doador alorreativos que são os responsáveis pela DECH, quanto os linfócitos T do hospedeiro intratímicos