

os períodos. Outras CN frequentemente observadas foram as hemorragias intracranianas, o acidente vascular cerebral isquêmico, a encefalopatia metabólica, infecção do sistema nervoso central, síndrome da encefalopatia reversa posterior e convulsão. Essas complicações ocorreram em 12,2% dos pacientes no 1º ano, e em 14,5% em 5 anos, refletindo um impacto importante na morbimortalidade pós TCTH. As CNs são mais comuns no período pós-transplante precoce e mais prevalentes em pacientes após o TCTH alogênico em caso de malignidade hematológicas, as incidências cumulativas de CNs em 1 ano foram de 15,6%, e em 5 anos de 19,2%. **Discussão:** O TCTH é um tratamento para neoplasias hematológicas, deficiências imunológicas ou doenças genéticas que tem apresentado melhores resultados nos últimos anos. O aumento das taxas de sobrevida parecem ter relação com o uso de biomarcadores como alvos terapêuticos. Somado a isso, podem ser úteis para diagnóstico, prognóstico e avaliação de resposta ao tratamento. Apesar do potencial de tratamento definitivo para inúmeros pacientes imunodeficientes, o TCTH, mesmo quando realizado na presença de indicação, ainda apresenta altas taxas de morbidade e mortalidade devido a complicações. Diante disso, as principais complicações são infecciosas e neurológicas. A doença aguda do enxerto contra o hospedeiro, síndrome obstrutiva sinusoidal, microangiopatia trombótica e o desenvolvimento de diabetes mellitus são outras doenças observadas pós TCTH. **Conclusão:** Com isso, o desenvolvimento do presente estudo permitiu correlacionar o TCTH com as eventuais complicações ocasionadas nesse procedimento. Identificou-se que as infecções são responsáveis pela maior parte do óbito pós-transplante, contudo, a doença aguda do enxerto contra o hospedeiro, a síndrome obstrutiva sinusoidal, a diabetes mellitus, a microangiopatia trombótica e os distúrbios neurológicos são outras complicações também desencadeadas após a realização desse procedimento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.495>

494

**TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE
CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS EM
PACIENTE COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA
CRÔNICA APÓS PROGRESSÃO COM INIBIDOR
DE BTK E RESGATE COM VENETOCLAX:
RELATO DE CASO**



G.C. Vargas, R.B. Leonel, P.H.A. Moraes,
A.R.B.M. Fonseca, A.M.R. Fonseca, R.P.G.
Molla, V.C. Molla, M.C.N. Seiwald, C.A.
Rodrigues

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

Introdução: A introdução do inibidor da tirosina quinase Bruton (iBTK), ibrutinibe, mudou drasticamente o manejo da leucemia linfocítica crônica (LLC). Embora as respostas sejam duradouras na maioria dos pacientes, recidivas ocorrem, principalmente nos pacientes de alto risco. O ibrutinibe tornou-se um dos tratamentos de escolha para LLC recidivada ou refratária (LLC-RR), com mediana de sobrevida livre de progressão de 44 meses como descrito no estudo fase 3

RESONATE. A maioria dos pacientes com LLC-RR que interromperam o ibrutinibe precocemente são difíceis de tratar e tem prognóstico desfavorável. Estes podem responder a terapias alternativas como idelalisibe e venetoclax, associados ou não a anticorpo monoclonal anti-CD20. Entretanto, estas terapias são de difícil acesso, especialmente para pacientes do SUS, e o transplante alogênico segue uma opção terapêutica viável. **Relato do caso:** Paciente masculino, 52 anos, previamente hipertenso foi diagnosticado com LLC Binet B em 2007, sem indicação de tratamento ao diagnóstico. Em 2014, evoluiu com linfonodomegalia axilar e inguinal sintomáticas, associado a perda de peso significativa, tendo sido tratado com a associação de fludarabina, ciclofosfamida e rituximabe (FCR) por 5 ciclos, não tendo realizado o 6o ciclo por toxicidade hematológica, seguido por ibrutinibe de manutenção dentro do contexto de estudo clínico. Fez uso da medicação durante 4 anos até que em novembro de 2019 passou a apresentar linfonodomegalia e linfocitose progressivas e a partir de janeiro de 2020 citopenias, voltando a ter indicação de tratamento. Foi então associado ao ibrutinibe o medicamento venetoclax, obtido por doação, na dose de 100 mg (pelo uso concomitante de fluconazol), tendo apresentado resposta hematológica completa após 4 semanas do uso. Em abril de 2020 foi submetido ao transplante alogênico haploidêntico a partir de seu filho, tendo sido realizado condicionamento com a associação de ciclofosfamida, fludarabina, TBI 4 Gy e profilaxia da doença do enxerto contra o hospedeiro com ciclofosfamida pós-transplante, ciclosporina e micofenolato mofetil. A ciclosporina foi suspensa no D+60 e atualmente o paciente segue bem, com imunofenotipagem negativa (DRM negativa) e quimerismo completo. **Discussão:** A LLC refratária ao ibrutinibe está se tornando um problema clínico cada vez mais prevalente nos centros de referência. Novos agentes podem ser usados no resgate, porém com duração de resposta mais curta e custo elevado, nenhuma opção estando ainda disponível no SUS. O transplante alogênico é eficaz na LLC, ainda que nas maiores séries a mortalidade não relacionada a recaída ainda esteja próxima a 20%. Em contraponto vale considerar que fatores prognósticos que influenciam negativamente a resposta ao tratamento com quimioimunoterapia, como o gene IGHV não mutado, e alterações genéticas desfavoráveis não afetam adversamente o resultado do transplante. Essa modalidade terapêutica ainda é a única opção com intenção curativa para pacientes com LLC recidivada/refratária, especialmente após progressão com novos agentes. **Conclusão:** O transplante alogênico ainda deve ser considerado como única opção com intenção curativa para pacientes portadores de LLC com condições clínicas adequadas, especialmente naqueles que progridem após uso prévio de iBTK. O venetoclax pode ser usado com eficácia e segurança como ponte para o transplante nesses casos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.496>