

tumores sólidos. **Discussão:** Rosenberg e Restifo (2015) afirmam que o diferencial e a garantia do bom resultado com T-CAR é a identificação de antígenos que são expressos nas células tumorais e não expressos em órgãos essenciais, Figueroa et al. (2015) e Zhang et al. (2017) descreveram a evolução da estrutura molecular do CAR. A eficácia do tratamento com células T-CAR projetadas a partir dos antígenos CD19 e CD20 foram provadas por Wang et al. (2017), Schubert et al. (2017), Martho et al. (2017), Xu et al. (2018) e Zhou et al. (2018), podendo tornar a terapia com células T-CAR a principal forma de tratamento para diferentes patologias por ser, de acordo com Lim e June (2017), sistematicamente depuradas e aprimoradas de acordo com os surgimentos de diferentes resultados e efeitos adversos. Melenhorst et al. (2022) certificaram que as células T-CAR permaneceram detectáveis em dois pacientes portadores de leucemia com remissão sustentada por mais de 10 anos após a infusão. Recentemente, a ANVISA autorizou o desenvolvimento das células T-CAR em território nacional, resultando em diminuição de até 90% do tempo requerido para reimplantação das células e custos relacionados a internacionalização que ocorriam antes da anuência. Diante dos problemas encontrados em outras abordagens terapêuticas, a terapia com células T-CAR, surge como uma proposta otimista no tratamento de neoplasias hematológicas, pois tem mostrado eficiente ação contra células tumorais. No entanto, estudos adicionais são imprescindíveis para alcançar resultados ainda mais promissores, aumentando as chances de cura de pacientes, com atenção especial aqueles casos que apresentaram recidiva e refratariedade do câncer após tratamento convencional. A terapia com T-CAR busca contornar os entraves encontrados nas terapias convencionais. **Conclusão:** O uso terapêutico de células T-CAR pode beneficiar pacientes com cânceres hematológicos e é visto como uma importante alternativa ao tratamento oncológico individualizado, buscando minimizar os efeitos colaterais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.551>

TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS (CPH): RESULTADOS OBTIDOS EM DEZ ANOS DE EXPERIÊNCIA NO PROCÉLULA – TERAPIA CELULAR, RJ, BRASIL

GCMTD Prado, CHC Ribeiro, JJ Saldanha, GACV Silva, CMB Finkel, JPR Azevedo

Procélula - Terapia Celular, Niterói, RJ, Brasil

A demanda de transplantes autólogos de CPH tem se apresentado crescente ao longo do período de dez anos no estado do Rio de Janeiro. O Procélula vem colaborando para atender a essa demanda no setor privado, incrementando investimentos técnicos e de infraestrutura. Apresentamos os resultados e as características técnicas utilizadas para o seu desenvolvimento. Dezembro de 2011 a abril de 2022 foram atendidos 1051 pacientes (590 mielomas, 417 linfomas e 44 outras doenças) com mediana de idade de 56 anos (18 pediátricos - 7 meses a 14 anos; 1033 adultos - 15 a 76 anos). Para a coleta das CPH, as aféreses foram iniciadas no primeiro dia em que

os pacientes apresentaram ≥ 10 células CD34⁺/mm³ circulantes. Foram colhidas, em média, 4 volemias por aférese para células mononucleares em CobeSpectra ou Óptia e a quantificação de leucócitos foi realizada em contador automático ABX Micros ES60. Os produtos foram criopreservados em solução de hidroxietilamido (HES) em concentração a 5,83%, albumina humana a 4% e dimetilsulfóxido a 5% do volume final, divididos em frações de 60 a 115mL, com concentração celular alvo de $2-3 \times 10^8$ leucócitos totais/mL. Estas frações foram acondicionadas em freezer -80°C e mantidas à temperatura constante até a data do transplante. A viabilidade celular foi definida por microscopia óptica e exclusão por azul de trypan. Para quantificação de CPH utilizamos citometria de fluxo para células CD34⁺/CD45^{low}, segundo metodologia definida pela ISHAGE, em citômetro FACScalibur (B&D). Realizamos ensaio clonogênico com sistema MACSTM HSC-CFU Media (Miltenyi Biotec) para crescimento de unidades formadoras de colônias de granulócitos e monócitos (UFC-GM) que foram observadas em microscopia óptica invertida 14 a 16 dias após a incubação a 37°C. Os 1051 pacientes analisados realizaram 1142 mobilizações com G-CSF (53 associadas à quimioterapia, 355 ao Plerixafor e 13 à quimioterapia e Plerixafor; 1080 com coleta e 62 falhas de mobilização sem coleta) e um total de 1594 aféreses. A média de CPH circulantes antes da primeira aférese foi de 23CD34⁺/mm³ (0-410), com média de $4,05 \times 10^6$ CD34⁺/kg (0,11-50,50) colhidas por aférese. Os produtos congelados apresentaram concentração celular média de $2,56 \times 10^8$ /mL (0,23-6,61) com recuperação de 109,44% no descongelamento (52,40-283,33). Apresentaram viabilidade celular >99% antes da criopreservação, e recuperaram em média 92,03% (68,05-99,76) da viabilidade e 79,86% (5,5-830,5) das UFC-GM no descongelamento. Foram realizados 3186 ensaios funcionais, e a relação entre elas (CD34/UFC-GM) foi de 2,57 (0,7-88,9) na amostra fresca e 3,34 (0,7-91,1) na descongelada. 983 pacientes realizaram o transplante, com médias de $3,64 \times 10^6$ CD34⁺/kg (1,20-19,79) e $1,66 \times 10^6$ UFC-GM/kg (0,04-10,60) infundidas. A média foi de 10 dias da pega de granulócitos (8-18). Estes dados corroboram com os apresentados anteriormente, reforçando que a criopreservação a -80°C com HES e baixa concentração de DMSO resulta em excelentes desfechos clínicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.552>

REATIVAÇÃO PRECOCE DO HERPESVÍRUS HUMANO TIPO 6 (HVH-6) EM PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO ASSOCIADO A RASH CUTÂNEO E ATRASO DA PEGA DO ENXERTO

DH Miyazaki, FS Lunkes, JL Celestino, LG Silva, CB Sola, SK Nabhan, DC Setúbal, R Marchesini, JLM Cerbaro, VAM Funke

Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Objetivos: O trabalho aborda o caso de um paciente do sexo masculino, 64 anos de idade, diagnosticado com mieloma múltiplo IgA Lambda que, após o segundo transplante de