

effectiveness of CD34+ cell collection through the mobilization with intermediate-dose cytarabine plus G-CSF.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.967>

VALIDAÇÃO DA QUANTIFICAÇÃO DE CÉLULAS CD34+ UTILIZANDO O CITÔMETRO DE FLUXO MODELO DXFLEX

RGS Marcotulio, DC Benini, GMB Leal, JPBB Silva, RP Battaglini, A Larrubia

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

Objetivo: O objetivo do trabalho foi validar a técnica para quantificação de células CD34+ no citômetro de fluxo da marca Beckman Coulter, modelo DxFLX. A citometria de fluxo é uma técnica versátil usada para analisar as propriedades físico-químicas das células e partículas em suspensão. É possível quantificar e caracterizar células individuais com base em várias propriedades, como tamanho, forma e marcadores de superfície ou intracelulares. A principal função da citometria de fluxo é permitir a análise simultânea de milhares de células em alta velocidade. **Material e método:** O protocolo utilizado foi de plataforma única, estabelecido pelo ISHAGE (International Society of Hematotherapy and Graft Engineering) com beads magnéticas para identificação da população alvo, no período de 02/05 à 21/06/2023, feito por comparação interlaboratorial (DxFLEX versus laboratório apoio). Foram utilizadas 20 amostras de sangue periférico de doador de sangue total (doador normal), 15 amostras de sangue periférico de doador mobilizado para coleta de CPH, 5 amostras de produtos de Células Progenitoras Hematopoiéticas (CPH) coletadas por aférese e 5 coletadas da medula óssea, 10 amostras de plasma de sangue total e 2 amostras comerciais, para controle, com contagem de células CD34+ conhecidas. **Resultado:** Precisão com R2 próximo de 1, variando até 10%, sendo em amostra de sangue periférico de doador normal um R2 = 0,90, amostra de sangue periférico de doador mobilizado um R2 = 0,94, e amostra de produto CPH coletado por aférese e de medula óssea com R2 = 0,99; repetibilidade das amostras variando até 2 desvios padrões; um valor de carryover definido em 1,52%; todos os testes branco foram realizados com plasma de doador normal e apresentaram resultados iguais a zero; sensibilidade analítica com coeficiente de variação médio de 14,6%, sendo o preconizado de até 20%; intervalo de referência do equipamento de acordo com o estabelecido pelo fabricante com valor de 0,06; e estabilidade das amostras por período de 24 horas quando mantidas em temperatura de 2ª a 8°C. **Discussão:** As células CD34+ são células progenitoras hematopoiéticas encontradas na medula óssea e em outras fontes, como sangue periférico e cordão umbilical, e têm a capacidade de se diferenciarem em vários tipos de componentes sanguíneos, como hemácias, leucócitos e plaquetas. A quantificação das células CD34+ é de extrema importância para os transplantes de medula óssea desde a identificação do momento ideal para o início da coleta dos produtos por aférese, até a mensuração da quantidade de células CD34+ nos produtos provenientes de coletas por aférese ou da

medula óssea para um transplante eficaz. A validação demonstrou precisão próxima de 100%, sem carregamento dos resultados entre a aquisição de amostras de valores altos e baixos, repetibilidade adequada com valores até 2 desvios padrões, sensibilidade analítica com coeficiente de variação dentro do preconizado (20%) e boa estabilidade das amostras quando armazenadas em temperatura de 2º a 8°C. **Conclusão:** Os resultados foram bastante satisfatórios o que torna segura a técnica da quantificação de CD34+ pelo equipamento DxFlex no serviço.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.968>

ANEMIA FALCIFORME – INDICADO REALIZAR TRANSPLANTE DE MEDULA OSSEA?

VG Moreira, CCO Miranda, AWA Almeida, MLM Cortez, FB Carvalho, WM Azevedo, AF Silva, TACB Silva, S Magalhaes

Hospital Oncobio, Nova Lima, MG, Brasil

A Doença Falciforme (DF) é uma das mais frequentes doenças genéticas no Brasil e caracteriza-se pela presença predominante de hemoglobina S que tem a propriedade de formar polímeros quando desoxigenada. Uma característica marcante que se sobressai nas doenças falciformes é a heterogeneidade de apresentações clínicas. Mesmo entre os pacientes homozigotos, os fenótipos são os mais diversos, indo desde os indivíduos oligossintomáticos até aqueles que desenvolvem quadros agressivos e fatais ainda na primeira infância. As síndromes eritrofalcêmicas levam à injúria tecidual sistêmica por isquemia e necrose tissular, ocorrendo lesão progressiva de múltiplos órgãos, como cérebro, coração, fígado, rins, pele, olhos, esqueleto e pulmões. As crises falcêmicas podem ser controladas com tratamento preconizado, mas algumas complicações como AVC e crises graves de venoclusão podem vitimizar os doentes de maneira irreversível, sendo indicado o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas – TCTH – como única opção curativa em pacientes. **Caso clínico:** Homem, 31 anos, portador de anemia falciforme forma grave, apresentando infecções recorrentes de pneumonia secundárias a síndrome torácica aguda (mais de 10 episódios durante a vida), evoluindo com colestase intra-hepática, sendo encaminhado ao TCTH. Realizado TCTH aparentado, com condicionamento Alentuzumab e Irradiação de corpo todo. Em acompanhamento após 1 anos do transplante, apresenta-se muito bem clinicamente, sem complicações clínicas e melhora anemia falciforme. O uso desta modalidade terapêutica, com esquema quimioterápico mielo ablativos com doador HLA idêntico proporcionam uma sobrevida livre de doença em 80%-85% em pacientes com doença avançada e grave. Porém, existem critérios definidos pela European School of Hematology (ESH) para indicação de casos que irão se beneficiar do TCTH, como AVC ou evento neurológico com mais de 24 horas de duração; presença de vasculopatia cerebral demonstrada por Ressonância Nuclear Magnética (RNM) ou angiografia requerendo um programa de transfusão crônica; velocidade > 200 cm/seg nas artérias cerebrais pelo ultrassom Doppler transcraniano, entre outros, já

que TCHT também podem apresentar complicações como infecções por imunossupressão, doença do enxerto versus hospedeiro e até mesmo o óbito. Assim, concluímos que tratamentos suportivos como uso crônico de hidroxiureia, beneficiam muito estes pacientes, gostaríamos de divulgar este caso para que encorajam transplantadores a realizarem o TCHT como opção terapêutica curativa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.969>

SÍNDROME DA ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL (PRES), COMPLICAÇÃO RARA EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

VG Moreira, CCO Miranda, AWA Almeida,
MLM Cortez, FB Carvalho, WM Azevedo,
AF Silva, TACB Silva, S Magalhaes

Hospital Oncobio, Nova lima, MG, Brasil

O Tacrolimus (TAC) é uma droga imunossupressora, pertencente ao grupo dos inibidores da calcineurina, que tem se mostrado altamente eficaz na prevenção da rejeição aguda após Transplante de Medula Óssea (TMO). No entanto, neurotoxicidade e nefro toxicidade são seus principais efeitos adversos. A Síndrome da Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) é a consequência mais grave e dramática da neurotoxicidade dos inibidores da calcineurina. Suas manifestações incluem cefaleia, estado mental alterado, distúrbios visuais e convulsões. Embora seja uma condição pouco frequente, associada na maioria das vezes a níveis sanguíneos elevados de tacrolimus, também tem sido descrita em pacientes com níveis considerados terapêuticos. **Caso clínico:** Mulher, 18 anos, portadora de Leucemia Linfocítica Aguda Early T, realizado TMO Haploidentico, internada para tratamento de citomegalovírus com uso de Ganciclovir, em uso de TAC, evoluiu durante internação com queixas de cefaleias, tremores periféricos e convulsão, associado a insuficiência renal e nível sérico de TAC de XX. Realizado Ressonancia Magnetica (RNM) de crânio, identificando sinais sugestivos de PRES. No contexto pós-transplante, o diagnóstico diferencial inclui infecções ou encefalite autoimune, vasculite e doenças malignas do sistema nervoso, sendo que a PRES requer um alto nível de suspeita da síndrome. É bem estabelecido que o edema vasogênico, em vez do edema citotóxico, desempenha um papel fundamental nas características de neuroimagem associadas ao TAC da PRES suportada por manifestações de RNM. No entanto, casos de coexistência de edema vasogênico e citotóxico sugerindo dano irreversível foram descritos. Embora a tomografia computadorizada possa ser usada preliminarmente para detectar lesões hipodensas de encefalopatia posterior, a RNM é o padrão-ouro para o diagnóstico dessa síndrome. Com relação especificamente ao TAC, até 40%–60% dos pacientes transplantados imunossuprimidos com essa droga apresentam efeitos neurotóxicos leves e aproximadamente 1,6% desses pacientes podem desenvolver sintomas mais graves que compõem a PRES. O relato deste caso permitirá conscientizar hematologistas transplantadores a

considerarem o rápido reconhecimento de diagnostico de PRES em pacientes com sintomatologias referenciadas acima, mesmo com uso de TAC em nível sérico adequado, mesmo que se nível sérico, já que há uma melhora clínica rápida após suspensão da medicação, prevenindo assim, o desenvolvimento de complicações ou sequelas neurológicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.970>

CART-T-CELL, UMA MELHORA EXTRAORDINÁRIA DO LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B RECIDIVADO/REFRATÁRIO

VG Moreira, CCO Miranda, AWA Almeida,
MLM Cortez, FB Carvalho, WM Azevedo,
AF Silva, TACB Silva, S Magalhaes

Instituto Oncoclínicas, Brasil

Linfoma Difuso de Grandes Células B (DGCB) é o subtipo mais comum de Linfomas Não Hodgkin-B (LNH-B), responsável por 25%–40% dos casos de linfomas. Embora a maioria dos pacientes com DGCB tratada na era de imunoquimioterapia responda ao tratamento, 20% a 40% dos pacientes não atingirão a Remissão ou Recidivarão (R/R). O tratamento e a evolução dos pacientes portadores deste tipo de linfoma, com refratariedade ou recidiva, podem se beneficiar da nova terapia com células CAR-T. **Caso clínico:** Mulher, 44 anos, diagnostica com Linfoma Difuso de Grandes Células B em 2015, estágio IVB, refratário, após quinta linha de tratamento. Internada para realizar Car-T Cell com condicionamento de Bendamustina, ainda com lesão captante em PET-CT. Apresentou melhora da lesão após 5 dias de infusão dos linfócitos e sem recidiva da doença ate o momento presente. Células CAR-T são células produzidas em laboratório derivadas das células mais importantes do nosso sistema de defesa, as células-T. Em seu estado natural, as células-T, que nos protege contra infecções e tumores, podem perder a capacidade de “enxergar” as células do câncer. Assim, o processo de produção das células CAR T nada mais é do que modificar as células-T para que elas possam readquirir a capacidade de “enxergar” células específicas do câncer e destruí-las, tais como as células das leucemias e dos linfomas. O emprego das células CAR-T para o tratamento de pacientes com LNH-B tem se mostrado uma terapia bastante promissora, com resultados expressivos em pacientes com doença R/R. A seleção adequada dos pacientes é crucial para garantir que essa terapia onerosa, e com disponibilidade limitada, seja oferecida aos pacientes que mais podem se beneficiar dela. **Conclusão:** A terapia com células CAR-T anti-CD19 está revolucionando e trazendo uma modalidade terapêutica nova, desafiadora, efetiva, segura, principalmente para pacientes sem opções terapêuticas, modificando o cenário de prognostico desfavorável e transformando em respostas potencialmente duradouras e até mesmo curativas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.971>