

Além do uso em pacientes com LLA recaída e pacientes submetidos à transplante de células-tronco, e mais recentemente nos casos de tratamento com células CAR-T. A imunofenotipagem por Citometria de Fluxo Multiparamétrica (CFM) tornou-se uma ferramenta importante no monitoramento na pesquisa da DRM (Doença Residual Mensurável), no monitoramento das células imunes infundidas (CAR) e na avaliação da resposta imunológica pós CAR-T. **Relato de dois casos:** Paciente 1, masculino, 16 anos. Diagnóstico em 2017 de LLA B. Transplante de medula em 09/2021. Apresentou recaída combinada (medula e sistema nervoso central) pós TMO haploidêntico em 10/2022. DRM pré infusão era de 0,38%. Terapia CAR-T em 17/01/2023. Condicionamento: Fludarabina (FLU) 120 mg/m² e Ciclofosfamida (CY) 1.000 m². Intercorrências durante o internamento: febre diariamente de 20/01 a 24/01 e Hipotensão (83/35), resolvida com uma fase rápida. Grau I na classificação de CRS (síndrome de liberação de citocinas). Não apresentou sinais de neurotoxicidade. Alta no D +10. Necessitou de duas transfusões de plaquetas e uma infusão de imunoglobulina. DRM 30 dias pós CART – negativa. Segue em acompanhamento ambulatorial com DRM negativa. Paciente 2. LLA-B BCR:ABL positivo. Em 2018 troca Imatinibe por Desatinibe devido toxicidade hematológica. E no mesmo ano recaída em SNC e MO. TMO Haploidêntico em 01/2019. Recaída em SNC em 2022. Tratamento com MADIT e radioterapia (24 Gy em 12 frações). DRM pré infusão era negativa. Realizou terapia CAR-T em 02/2023. Condicionamento: Flu 120 mg/m² e Cy 1.000 m². Não teve intercorrências durante o internamento (10 dias). Transfusões: zero. Não apresentou sinais de CRS e neurotoxicidade. Citometria de Fluxo: Foi realizada a técnica de lise total e painel de anticorpos monoclonais padrão Euroflow. Citômetro de Fluxo FACS Canto II (BD). Os anticorpos monoclonais utilizados: Painel de anticorpos monoclonais utilizado: CD3, CD10, CD19, CD20, CD22, CD24, CD34, CD38, CD45, CD66c/CD123, CD73/CD304, CD81, CD79a (citoplasma). As DRMs foram negativas nas amostras analisadas nos dias D+30 e D+60 e D+90. **Conclusão:** O acompanhamento clínico ao diagnóstico e durante a avaliação contínua nas diferentes fases da doença são fundamentais para o êxito no desfecho. A Citometria de Fluxo Multiparamétrica (CFM) é uma ferramenta importante não só no diagnóstico da LLA mas também na avaliação da DRM, através de técnicas e painéis padronizados e o acompanhamento da DRM tem demonstrado a eficácia do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1010>

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À CARDIOTOXICIDADE OCASIONADA PELO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

DR Leal, J Simon, IK Costa, EV Pinto, KK Lima,
OUM Pereira, TS Silva

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre,
RS, Brasil

Introdução: A cardiotoxicidade pode ser um evento adverso preocupante no contexto da assistência do paciente submetido ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas

(TCTH). O efeito cumulativo ocasionado pelo tratamento quimioterápico prévio com antraciclinas e agentes alquilantes em altas doses e outras drogas que podem causar danos aos cardiomiócitos ou ao sistema de condução elétrica. As cardiotoxicidades apresentadas pelos pacientes incluem: pericardite, miocardite, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), angina, infarto do miocárdio, choque cardiogênico e até mesmo parada cardiorespiratória. **Objetivo:** Descrever os cuidados de enfermagem, diante do uso em pacientes submetidos ao TCTH. **Método:** Revisão bibliográfica a partir de publicações nacionais e internacionais. Foram identificados 20 artigos dos últimos 8 anos, disponíveis na íntegra, indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): SCIELO, com os seguintes descritores: “Cardiotoxicidade”; “Oncologia”; “Quimioterápicos”; “Transplante de células-tronco hematopoéticas”. **Discussão:** De acordo com estudos, constata-se o elevado risco de cardiotoxicidade em pacientes tratados com antraciclinas, diante de um diagnóstico prévio de cardiopatia. Foram constatados 220 genes envolvidos em absorção, distribuição, metabolismo e eliminação de antraciclina, identificando em crianças o polimorfismo de nucleotídeo único no gene SLC28A3 como possível biomarcador preditivo de ICC induzida por antraciclinas. A avaliação dos riscos cardíacos antes do TCTH, bem como a monitoração contínua dos exames de função cardíaca durante o condicionamento e pós-TCTH, são estratégias encontradas na literatura para reduzir o impacto de complicações cardíacas causadas durante o tratamento. A avaliação pré-TCTH inclui exames como eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia torácica, teste de caminhada, espirometria e exames laboratoriais. Monitorização dos biomarcadores como troponina e Peptídeo Natriurético tipo-B (BNP) durante o tratamento pode detectar precocemente pacientes com alto risco de desenvolver uma insuficiência cardíaca. O enfermeiro onco-hematológico deve ter conhecimento necessário para monitorar este paciente por meio do exame físico diário, acompanhamento dos exames clínicos e laboratoriais, avaliando de forma global durante todo o processo do TCTH. Deve elaborar e revisar diariamente o plano de cuidado e orientar a equipe de enfermagem sob sua supervisão. **Conclusão:** O estudo enfatiza a importância da atuação do enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar do TCTH, cabendo a esse profissional implementar os cuidados de enfermagem frente às possíveis alterações cardiológicas na prática assistencial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1011>

LEUCEMIA DERIVADA DE CÉLULAS DO DOADOR APÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO APARENTADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

MC Gomes, PSF Junior, JSL Andrade,
DEG Camargo, LMAD Santos, VAQ Mauad,
DMM Borducchi

Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC
(FMABC), Santo André, SP, Brasil

Objetivo: Relatar uma forma incomum de Leucemia aguda de novo pós transplante alôgenico aparentado idêntico. **Material e métodos:** Estudo de caráter descritivo. Dados obtidos através de análise de prontuário. **Relato do caso:** Paciente sexo feminino, 31 anos, diagnosticada com Leucemia Mielóide Aguda risco intermediário. Mielograma: 85% blastos com imunofenótipo positivo para CD13, CD33, CD34, CD71, CD117, CD123, HLA-DR, MPO e cariótipo 46; XX. Ausência de mutações para FLT3 e NPM1. Realizou tratamento quimioterápico com protocolo 3+7 seguida de consolidação com citarabina em altas doses. Ao final do tratamento, doença residual mínima negativa. Submetida a transplante de medula óssea alogênico aparentado HLA idêntico (irmão). No pós transplante quimera completa e cariótipo 46; XY. Apresentou recidiva precoce da doença 15 meses após transplante, com perda de quimeirismo (cariótipo 46; XX). Induzida com protocolo IDA-FLAG, apresentando remissão e retorno de quimeirismo completo, cariótipo 46; XY. Iniciou manutenção com azacitidina e manteve por 21 meses. No 24º mês evoluiu com segunda recaída. Mielograma: 73,9% de blastos, com imunofenótipo positivo para CD13; CD33; CD34; HLA-DR, CD117; CD38; CD45RA, C9 parcial, CD99, MPO, TdT e cariótipo: 47, XXY [5]; 47, XXY add (14) (q? 32) [7], 46 XY[4]. Paciente com alteração de fenótipo em relação a doença inicial - ganho de marcadores CD9, CD99 e perda do marcador CD123. Em cariótipo, presença de cromossomo Y em todas as metáfases analisadas sendo atribuído quadro a leucemia originada das células do doador. Submetida a novo regime quimioterápico, protocolo MEC, porém apresentou refratariedade ao tratamento. Evoluiu a óbito 3 meses após recaída, devido complicações infecciosas. **Discussão:** A leucemia de células do doador é uma entidade rara e possivelmente subdiagnosticada. Na literatura, a maioria dos casos é de linhagem mielóide e o diagnóstico ocorre em média 15 meses após o transplante. Os mecanismos propostos para o surgimento da doença envolvem a primeira mutação genética ocorrendo nas células do doador, com as células susceptíveis adquirindo novas mutações favorecidas pelo ambiente medular do receptor em que a neoplasia original se desenvolveu, associado ao estado de imunossupressão pós transplante, desencadeando o processo de leucemogênese. Há também a possibilidade do clone maligno ter vindo diretamente do doador, contudo não há evidências que os doadores possuem risco aumentado de desenvolvimento de leucemia. O prognóstico em geral de recaídas após TCTH alogênico é pobre, e não há consenso sobre o melhor tratamento a ser instituído. Como opção terapêutica há regimes de poliquimioterapia e terapia alvo-dirigida, associado a redução de imunossupressão, infusão de linfócitos do doador e até um segundo transplante. A maioria dos pacientes apresenta baixas taxas de remissão e evolui a óbito poucos meses após o diagnóstico, pois foram previamente expostos a diversos agentes e ainda apresentam efeitos do transplante anterior, como foi o caso da paciente relatada. **Conclusão:** Pacientes submetidos a transplante de medula óssea alogênico podem apresentar leucemia que ocorre nas células no doador como um evento de novo, sendo muitas vezes confundida com recaída. A despeito de tratamento quimioterápico intensivo e mesmo com a

possibilidade de um novo transplante, o prognóstico ainda se mantém reservado e até o momento do estudo não se encontra na literatura consenso sobre o melhor manejo desses pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1012>

HCT-CI AS A PREDICTOR OF ICU ADMISSION: BRAZILIAN SINGLE-CENTER COHORT STUDY

PPF Machado^{a,b}, AD Americo^a, EL Rosa^a, GGM Lima^a, JUA Filho^a, FPS Santos^{a,c}, BM Gusmão^a, FR Kerbaury^{a,d}, P Scheinberg^a

^a Hospital A Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), São Paulo, SP, Brazil

^b Grupo Oncoclínicas (OC), Brasília, DF, Brazil

^c Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brazil

^d Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil

Introduction: MM is the leading indication for Autologous Stem Cell Transplantation (ASCT) globally. Although it is a safe procedure, it might be accompanied by significant morbidity leading to ICU admissions. The Hematopoietic Cell Transplantation-specific Comorbidity Index (HCT-CI) is widely used to gauge the risk of treatment-related mortality for patients receiving allografts. **Objective:** To characterize the outcomes of a large cohort of patients submitted to the first ASCT for MM and to evaluate the HCT-CI as a tool to estimate morbidity for patients with MM undergoing ASCT in a Brazilian single-center retrospective cohort. **Methods:** We retrospectively reviewed the charts of patients undergoing the first ASCT for MM from January 2017 to December 2022. The HCT-CI was calculated for each patient, and the outcome of interest (admission to the ICU) was assessed. The HCT-CI test performance, dichotomized as non-high-risk versus high-risk parameters, was estimated for sensitivity, specificity, positive likelihood ratio, negative likelihood ratio, positive predictive value, and negative predictive value. **Results:** The cohort's median age was 61.6 years, with a similar distribution between genders, 96% obtained at least a partial response before the transplant. The HCT-CI was classified as low-risk in 54.2% of participants, intermediate risk in 35.6%, and high risk in 10.2%. 85% underwent conditioning with 200 mg/m² melphalan, and 14.1% with 140 mg/m². The 3-year Overall Survival (OS) was 80.6% (95% CI 75.4–86.2). The rates of neutrophil and platelet engraftment by D+25 were 98% and 86%, respectively. The transplant-related mortality (TRM) rate was 3.6% (95% CI 2–6) up to D+60. The cumulative incidence of ICU admission in 30 days was 15% (95% CI 11–19). The reasons for ICU admission were cardiac arrhythmia (35.2%), acute respiratory failure (7.4%), septic shock (55.6%), and trauma (1%). The average ICU length of stay was 10.8 days, with 74% being discharged alive. The HCT-CI had a sensitivity of 12.96% (95% CI 5.37–24.9) and specificity of 90.36% (95% CI 86.28–93.55) in predicting ICU admission. The positive likelihood ratio was 1.34 (95% CI 0.62–2.96), and the negative likelihood ratio was