

maior risco de perda da qualidade do enxerto pós criopreservação, um estudo de características clínicas dos pacientes ou de propriedades citológicas nestes produtos poderá auxiliar na interpretação destes resultados. **Conclusão:** O ensaio clonogênico em produtos criopreservados revela a perda de capacidade proliferativa de progenitores pós-descongelamento e pode agregar valores de qualidade juntamente com a viabilidade celular. Observamos que uma taxa de cerca de 25% de amostras apresentam perda significativa da capacidade hematopoética in vitro. Os resultados foram confirmados por repetição do ensaio clonogênico, que apresentou reprodutibilidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.456>

REMISSÃO DE LEUCEMIA MIELOÍDE AGUDA RECAÍDA APÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA DEVIDO DOENÇA DO ENXERTO VERSUS HOSPEDEIRO- RELATO DE CASO

MC Guedes, VAM Funke, AVCDS Gasparine, TDS Baldanzi, LMC Borges, R Galli, LF Soares

Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: a doença do enxerto versus hospedeiro (DECH) aguda ou crônica, é uma das principais complicações após o transplante de medula óssea ocorrendo entre 40-50% dos pacientes. Apesar de representar um fator de morbimortalidade relacionado ao transplante, sabe-se também, que o DECH é um fator importante na menor incidência de recaída da leucemia após o transplante de medula óssea (TMO) devido ao efeito enxerto versus leucemia (GVL). O relato a seguir ilustra o caso de um paciente que teve recaída da leucemia mielóide aguda (LMA) 6 meses após um TMO alogênico e que após o desenvolvimento de DECH apresentou remissão completa da doença. Relato de caso: A.C.S, 62 anos, diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda (LMA) secundária a síndrome mielodisplásica durante investigação de pancitopenia. O paciente foi refratário a indução e duas consolidações do protocolo 7+3, sendo realizado um ciclo de resgate com FLAG IDA (fludarabina, citarabina e idarubicina) mantendo doença residual mínima positiva pré TMO aparentado 100% compatível. No seguimento pós transplante apresentava quimerismo 100% do doador no D+30 e 99% no D+100. Apresentou DECH aguda grau IV com manifestação em pele e intestino com diarreia refratária e desnutrição, inicialmente tratado com Metilprednisolona sendo corticorefratário. Realizou 3 ciclos de Basiliximabe com controle de DECH. 6 meses após o transplante paciente voltou a apresentar pancitopenia, hemograma com Hb 7,6 Leucócitos 2330 Neutrófilos 357 Plaquetas 74.000. Realizado avaliação de medula óssea com imunofenotipagem evidenciando 29,1% de blastos de linhagem mielóide com fenótipo semelhante ao diagnóstico. Paciente avaliado como recaída de LMA após TMO alogênico, sendo suspenso imunossupressão, solicitado Azacitidina e encaminhado para cuidados paliativos. Permaneceu 3 meses em regime de transfusões sanguíneas e acompanhamento ambulatorial, 4 meses após paciente voltou a apresentar lesões cutâneas

escleróticas, mucosite com líquen em mucosa oral, diarreia e alterações de exames laboratoriais em enzimas hepáticas (TGO 193 TGP 287 BT 1,7 BD 1,2) reiniciado ciclosporina e prednisona. Porém, concomitante ao aparecimento do DECH paciente reduziu necessidades transfusionais com normalização do hemograma um mês após o quadro, Hb11,1 VG 32 Leucócitos 8130 Neutrófilos 4715 Plaquetas 352.000. Realizado nova avaliação de medula óssea que demonstrou remissão completa da doença. **Discussão:** Esse caso ilustra um paciente que apresentou uma complicação comum do transplante de medula óssea com DECH crônico, que neste caso, levou ao controle da doença de base, uma LMA secundária a síndrome mielodisplásica recaída após o TMO. Estudos mostram que principalmente o DECH crônico melhora a sobrevida livre de leucemia pós TMO, porém, também é associado a uma maior mortalidade, principalmente nos casos de DECH grau maior do que 2. O caso evidencia a dificuldade encontrada no controle da DECH para manter qualidade de vida e menor mortalidade relacionada o transplante mas a sua importância no efeito GVL.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.457>

REVERSÃO DE QUIMERISMO MISTO COM INFUSÃO DE LEUCÓCITOS DE DOADOR EM CRIANÇAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) HAPLOIDÊNTICO

RV Gouveia^{a,b}, VC Ginani^{a,b}, G Zamperlini^{a,b}, MGAD Matos^{a,b}, CN Monteiro^{a,b}, LDS Domingues^{a,b}, CMCZ Oliveira^{a,b}, PAM Soriano^{a,b}, JF Marques^b, MV Pupim^{a,b}, A Seber^{a,b}, FVB Santos^b, PM Paiva^b, CF Andrade^b, A Seber^{a,b}

^a Equipe Onco-TMO em Pediatria, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Samaritano de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A infusão de leucócitos do doador (DLI) pode ser uma opção terapêutica para pacientes com recidiva da doença de base após TCTH. A dose celular varia com a doença de base, tipo de doador e presença de DECH. A ação dos linfócitos do doador contra a hematopoiese do receptor para reverter quimerismo misto após TCTH não está bem estabelecido. **Objetivo:** Avaliar eficácia e segurança de DLIs realizadas em crianças com quimerismo misto. **Métodos:** Descrição do uso de DLI em três pacientes pediátricos com quimerismo misto após TCTH haploidêntico para evitar a rejeição e, no paciente com leucemia, recidiva da doença. **Resultados:** Três pacientes receberam DLI para tratamento de quimerismo misto: 1º paciente, 15 anos, TCTH haploidêntico, células-tronco periféricas da mãe em 2014 para tratamento de LLA Ph + 3ª remissão. Recebeu fludarabina-TBI-1200cGy, ciclofosfamida-pós, CsA-MMF. DECH aguda pele e intestino resolveram com corticoide. Nove meses pós-TCTH apresentou recidiva molecular tratada com DLI a cada 4 semanas 1 x 10⁴CD3/kg, 1 x 10⁵CD3/kg e 1 x 10⁶CD3/kg. Apesar das DLIs evoluiu com

