

FUNGEMIA POR CANDIDA INCONSPICUA EM PACIENTE PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS: UM CASO RARO

RS Ferrelli, ET Calvache, V Predebon, VR Siqueira, XPH Condori, CK Weber, AA Hofmann, FF Scherer, LE Daudt, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: Candida inconspicua pertence ao grupo de espécies fúngicas menos suscetíveis ao fluconazol. Desde 1980, a incidência global de candidíase invasiva por espécies não-albicans vem em ascensão, provavelmente devido à pressão seletiva pelo uso rotineiro de azóis como profilaxia em pacientes pós-transplante. **Objetivo:** Descrever um caso de paciente pós transplante alogênico de células tronco hematopoéticas (TCTH) com neutropenia febril e crescimento de Candida inconspicua em hemocultura. **Relato de caso:** Paciente masculino, de 11 anos, com leucemia linfoblástica aguda refratária à quimioterapia, foi submetido a TCTH alogênico haploidentico em 24/05/2022. A pega neutrofílica ocorreu no D+15. O paciente permanecia internado, em tratamento de encefalite por herpes vírus 6. No D+29 pós TCTH, apresentou febre. Neste dia, o paciente tinha contagem de neutrófilos > 500 e não estava em uso de corticoide. Foram coletadas hemoculturas de sangue periférico, de ambas as vias do cateter duplo lúmen cervical direito e do portocath, e foi iniciada antibioticoterapia de amplo espectro com meropenem e vancomicina (história prévia de encefalopatia por cefepime). Não havia outros sinais ou sintomas associados. Nas amostras do cateter duplo lúmen houve crescimento de células leveduriformes, em 11,76 e em 21,36 horas, sendo identificada Candida inconspicua. Tal cateter foi retirado e foi iniciado tratamento com Anfotericina B complexo lipídico. Após conhecimento do perfil de sensibilidade do fungo, o anti-fúngico foi substituído por Anidulafungina, administrada por 14 dias. As hemoculturas subsequentes, coletadas a cada 48 horas, resultaram negativas e houve resolução do quadro febril. Candida inconspicua pertence ao grupo de espécies fúngicas menos suscetíveis ao fluconazol. Estudo publicado em 2013 mostrou uma série de onze casos de fungemia por esta espécie de Candida, sendo seis destes casos em pacientes em tratamento para leucemia aguda e dois transplantados hepáticos, mas nenhum caso em paciente submetido a transplante alogênico de células tronco hematopoéticas. Em 1998, foram descritos dois casos de fungemia relacionada ao cateter por Candida inconspicua, também em pacientes com leucemia aguda como doença de base. Na nossa instituição, não houve identificação de C. inconspicua previamente em pacientes com este perfil. Este relato ilustra um caso de fungemia por Candida inconspicua em paciente pós-TCTH, o que, pelo nosso conhecimento, ainda não havia sido descrito previamente na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.541>

RELATO DE UM CASO DE PACIENTE PÓS TCTH ALOGÊNICO COM ENCEFALITE POR HHV-6

ET Calvache, RS Ferrelli, T Callai, CK Weber, AA Hofmann, CE Wiggers, F Dortzbacher, XPH Condori, LDC Rigoni, AA Paz

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Relato: Paciente masculino, 29 anos, antecedente de hemoglobinúria paroxística noturna associado a falência medular com recaída após imunossupressor e dependente transfusional. Realizou transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) não aparentado com match 10 × 12 e mismatch não permissivo em DPB1, condicionamento de intensidade reduzida (RIC) FluCy TBI 4Gy, profilaxia da doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) ATG + MTX + tacrolimus com enxertia neutrofílica D+15 e plaquetária D+20. Apresentou DECH agudo MAGIC II no D+60 com comprometimento isolado em TGI alto com necessidade de corticoide sistêmico com resposta completa, reativação de CMV no D+72 resolvido com tratamento preemptivo, ganciclovir 20 dias. No D+111 apresentou quadro febril associado a mioartralgias e cefaléia. Investigação inicial com hemoculturas negativas, dengue não detectado, TC seios da face e tórax sem alterações, PCR baixa. Realizado antibiótico empírico com amoxicilina + clavulanato e azitromicina com persistência dos sintomas associado a confusão mental e síndrome atáxica, portanto ampliou-se investigação inicial com detecção sérica de HHV-6, RNM crânio e EEG sem alterações, punção lombar (PL) com pleocitose às custas de linfócitos (94%) e proteinorraquia (190 mg/dL), sem consumo de glicose, painel viral negativo. Diante do cenário descrito e ante suspeita de encefalite viral por HHV-6 foi optado pelo início de ganciclovir 5 mg/kg de 12/12 horas com melhora inicial dos sintomas neurológicos e curva térmica porém com nova exacerbação uma semana depois do início do ganciclovir, sendo repetida PL com piora da proteinorraquia (212 mg/dL) e painel viral com isolamento de HHV-6 confirmando suspeita de encefalite viral, portanto, optou-se pelo incremento do ganciclovir 10 mg/kg de 12/12 horas e administração de IgG 1 g/kg dose única com evolução favorável, PL de controle com persistência da proteinorraquia e painel viral negativo, optado por manter ganciclovir durante 28 dias. O paciente manteve melhora progressiva até a resolução do quadro. **Discussão:** A reativação do HHV-6 normalmente é detectada 2 a 4 semanas após o TCTH (1), No entanto, a encefalite por HHV-6 associa-se com prognóstico ominoso e incidência de 35% a 46%, como apresentado em um estudo retrospectivo de 10 pacientes pós TCTH alogênico portadores de neoplasias hematológicas. A terapêutica implementada foi ganciclovir monoterapia ou terapia combinada com foscarnet, dentro dos achados identificaram-se pleocitose em 56% e proteinorraquia > 35 mg/dL em 89% dos casos, alterações descritas no nosso paciente, porém 50% foram a óbito (2). Quanto à relação com DECH, uma série italiana de 54 pacientes, identificou que 29 pacientes desenvolveram DECH aguda, após a reativação do HHV-6. A encefalite foi

identificada em sete pacientes, os demais casos corresponderam ao isolamento no sangue periférico (31 pacientes), medula óssea (9 pacientes), biópsia intestinal (23 pacientes), biópsia hepática (1 paciente) e lavado broncoalveolar (9 pacientes), e a sobrevida geral (SG) foi significativamente associada à contagem de células CD3+ $\geq 200/\mu\text{L}$ no momento da reativação do HHV-6 (SG em 1 ano, 63% em comparação com 11% para pacientes com CD3 $< 200/\mu\text{L}$, no nosso caso descrito, o paciente tinha CD3 $1605/\mu\text{L}$ no momento da reativação. **Conclusão:** Os pacientes submetidos a TCTH apresentam risco de diversas infecções com impacto na qualidade de vida e morbi-mortalidade, tendo especial relevância as infecções virais devido à imunossupressão. A encefalite por HHV-6 é uma complicação grave com prognóstico reservado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.542>

A IMPORTANCIA DA OTIMIZAÇÃO E MONITORAMENTO CONTÍNUO NA EFICÁCIA DE COLETA DE STEM CELL

M Valvasori, LFF Dalmazzo, CG Andrade, TF Almeida, SD Vieira

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia (Grupo GSH), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: Células progenitoras hematopoiéticas mobilizadas no sangue periférico (CPH-SP) tornaram-se a fonte preferencial para transplantes. Alguns fatores considerados preditivos para o início da coleta incluem a contagem de leucócitos, células mononucleares, plaquetas e células CD34+ no sangue periférico. A contagem de células CD34+ no sangue periférico no primeiro dia de coleta $\geq 10 \times 10^3/\text{mL}$ é o marcador indireto mais utilizado para iniciar a coleta de CPH-SP e, sabe-se que, até 40% desses pacientes não conseguem atingir a dose de 2×10^6 CD34+ células/kg em uma única coleta, sendo chamados de “mau mobilizadores”. Vários estudos tentam identificar o que poderia afetar as coletas, mas até o momento não há fatores específicos que identifiquem esses pacientes. **Objetivo:** Relatar as estratégias de otimização para melhoria na eficiência de coleta de CPH-SP no Grupo GSH. **Materiais e Métodos:** Análise da eficiência de coleta de CPH-SP realizadas em serviço especializado no período de 1 ano. Em todos os procedimentos foi utilizado o equipamento Spectra Optia®, que nos permite acesso às telas dos procedimentos e, através dessa ferramenta, observamos diferentes condutas dentro da equipe. **Resultado:** A equipe vem realizando um trabalho contínuo de monitoramento dos procedimentos e, desde então, teve um aumento na média de eficácia de 40% para 60% considerado acima do preconizado pelo equipamento (40-50%). Um ponto de controle foi manter o balanço hídrico (BH) do paciente no limite tolerável, ainda que positivo, processando menos volemias ou coletando volumes de plasma, quando aplicável, caso a caso. Isso é importante, pois além de corrigirmos para que o BH não fique positivo além do limite seguro, conseguimos diminuir o tempo de coleta, trazendo benefícios para o paciente. Fatores como peso e contagem de plaquetas influenciam no volume de anticoagulante infundidos. O resultado do CD34+ periférico

coletado no dia do procedimento e liberado em tempo favorece uma melhor operação do equipamento, podendo ajudar nas manobras de sangue processado e tempo, e Hb/Ht atuais ajudam o operador no encontro da linha de preferência, e essa por sua vez, o encontro da camada leucoplaquetária e a coleta no local exato da cinta na centrífuga. **Discussão:** Existem inúmeros fatores que podem alterar o volume de células coletadas (diagnóstico, idade, sexo, comorbidades, tipo de mobilização), sendo o propósito desse trabalho não levar em conta tantos eventos multifatoriais, mas sim mostrar como podemos otimizar os procedimentos com algumas manobras técnicas simples. **Conclusão:** Embora a contagem de células CD34+ no sangue periférico seja o fator mais importante associado ao rendimento de CPH-SP descrito em literatura, observamos que, o tipo de equipamento utilizado cada vez com mais tecnologia e o aprimoramento cada vez maior no manuseio dos recursos oferecidos atualmente, podem influenciar diretamente no rendimento das coletas. Entretanto, encontramos fatores variados que fogem a qualquer ajuste ou manobra que possa ser realizado e a necessidade de uma nova coleta se faz necessário. Reforçamos, também, que o trabalho de monitoramento contínuo e discussão de todos os procedimentos realizados trouxeram ao nosso Grupo um aprendizado diário e vem melhorando cada vez mais nosso percentual de eficácia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.543>

AValiação de Aptidão de Doadores de Células Progenitoras Hematopoiéticas em Centros de Hemoterapia: A Experiência do Grupo GSH no Cuidado aos Doadores do Redome

AM Souza, M Costa, SMC Lira, PN Lobão, M Valvasori

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia (Grupo GSH), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Para doação não aparentada de células progenitoras hematopoiéticas (CPH) o doador deve ser completamente saudável, tanto do ponto de vista físico como psicológico, e os critérios de elegibilidade devem ser tão ou mais estritos quanto os utilizados para a seleção de doadores de sangue. Essa seleção deve ser criteriosa para que o risco de um evento adverso relacionado ao processo de doação seja o menor possível. Desde o ano de 2020 o Grupo GSH atua como parceiro estratégico do Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) realizando todo o processo de orientações, avaliação clínica e laboratorial além da coleta das células progenitoras hematopoiéticas (CPH) por aférese em seus complexos de hemoterapia. O objetivo desse estudo é discorrer sobre as causas mais frequentes de inaptidão à doação de CPH por aférese quando o procedimento é realizado fora de unidade hospitalar. **Materiais e métodos:** Os possíveis doadores são selecionados pelo REDOME e encaminhados para a avaliação clínica com o médico hemoterapeuta do Grupo GSH nos complexos de hemoterapia localizados nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília.