

CG and to the PBS+G-CSF group ($p=0.0002$). In contrast, mice of the G-CSF+AMD3100 group had the highest rate of HSCs mobilization in PB when compared to CG and to the PBS+G-CSF group ($p=0.0002$). The pre-treatment with G-CSF for 4 consecutive days or just a single dose of AMD3100 on D5 induced a higher enrichment of HSCs in BM and PB. However, the combination of pre-treatment with G-CSF with a single dose of AMD3100 on D5 just induced the highest mobilization of HSCs in PB. **Conclusion:** These data demonstrate that AMD3100 induces more rapid and robust mobilization of CD34+ HSCs in the BM and PB, unlike G-CSF, which acts in a dose-dependent manner. **Funding:** FAPEAM, CAPES and CNPq.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.549>

TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE MEDULA ÓSSEA COM PRODUTO CRIOPRESERVADO VERSUS NÃO CRIOPRESERVADO EM PACIENTES PORTADORES DE MIELOMA MÚLTIPLO

CFM Silva, CV Mendonça, GM Cuquetto, ASCP Campos, TA Barros, R Schaffel

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivos: Comparar aspectos relacionados ao transplante de medula óssea autólogo (TMOa) com e sem criopreservação do produto em pacientes portadores de mieloma múltiplo (MM) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. **Materiais e métodos:** Foi realizada análise retrospectiva com pacientes submetidos a TMOa entre os anos de 2020 e 2022 no serviço de transplante de medula óssea do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Os desfechos primários avaliados foram pegadas neutrofílica e plaquetária e tempo total de internação. Como desfechos secundários avaliados necessidade de suporte transfusional, número de hemocomponentes transfundidos, tempo de neutropenia, custo e falha de pega do enxerto. Todos os pacientes foram mobilizados com G-CSF subcutâneo na dose de 10 mcg/kg/dia e o regime de condicionamento proposto com melfalan 200 mg/m² (que poderia ter sua dose modificada de acordo com a idade e comorbidades). A quantificação de células CD34+ foi realizada por citometria de fluxo no quarto dia da mobilização e, quando contagem acima de 9 células CD34+/mm³, a aferese para coleta era realizada no dia seguinte. Foram excluídos os pacientes com falha de mobilização. A criopreservação seguiu protocolos institucionais para o congelamento e utilizou DMSO no produto, enquanto o produto não criopreservado permaneceu refrigerado a 4°C até a infusão, por até 48 horas. **Resultados:** Foram avaliados 11 pacientes submetidos a TMOa com produto criopreservado e 8 com produto refrigerado. Não houve falha de pega do enxerto, bem como diferença significativa entre os tempos de pegadas neutrofílica (mediana de 10,5 dias vs 12 dias) ou plaquetária (mediana de 11 dias para ambos). Em relação ao tempo de internação, foi superior no grupo submetido à criopreservação (mediana de 26 dias contra 20,5 dias) ao levarmos em conta as duas internações necessárias: uma

para mobilização e coleta e outra para infusão e pega, elevando também os custos do transplante nesse grupo. Quanto ao suporte transfusional, foi semelhante nos dois grupos com mediana de um concentrado de hemácias e uma aférese de plaquetas em ambos. Tempo de neutropenia foi inferior no grupo criopreservado (6 dias vs 4 dias). **Discussão:** O TMOa faz parte do tratamento padrão dos pacientes portadores de MM elegíveis. Mesmo com advento de novas drogas, estudos recentes seguem demonstrando maior sobrevida livre de progressão em pacientes submetidos ao procedimento. Na literatura há trabalhos que comprovam ser viável e factível a utilização de produtos não criopreservados, reduzindo custos, possibilitando maior número de centros a realizarem transplante, poupando a exposição do paciente ao DMSO e com resultados comparáveis à modalidade tradicional. Nossa pequena série de casos vai ao encontro desses achados. Os pacientes submetidos ao transplante não criopreservado não apresentaram atraso na enxertia neutrofílica ou plaquetária, não houve falha de pega do enxerto e permaneceram menos tempo internados, reduzindo gastos e possibilitando maior rotatividade de leitos. **Conclusão:** Para serviços com alta demanda de pacientes com indicação do procedimento e recursos financeiros limitados, o TMOa não criopreservado para portadores de MM se mostrou uma estratégia acertada, sem riscos ou prejuízo para os desfechos avaliados.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.550>

USO TERAPÊUTICO DE CÉLULAS T-CAR EM CÂNCERES HEMATOLÓGICOS

MEFS Lima^a, BR Larrazábal^b, GJB Albertim^a

^a UNISÃO MIGUEL (USM), Recife, PE, Brasil

^b Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES/UNITA), Caruaru, PE, Brasil

Objetivos: Analisar nas produções científicas, nacionais e internacionais, como o uso terapêutico das células T-CAR é aplicado em cânceres hematológicos. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo, qualitativo de revisão de literatura. Os trabalhos para revisão foram coletados eletronicamente através dos sites: NBCI, PUBMED, SCIELO, INCA com publicação no período de 2015 a 2022 nos idiomas: inglês e português, foram utilizados os descritores da forma a seguir: Imunoterapia, células T-CAR, oncohematologia, transferência celular adotiva, *immunotherapy*, CAR T cells e *adoptive cell transfer*. A elaboração desta revisão de literatura partiu do seguinte questionamento: como o uso de células T-CAR em cânceres hematológicos tem obtido resultados positivos/promissores? A revisão de literatura visa reunir informações do tema estudado e organizá-los de forma ordenada como método de estudo para auxiliar a aprendizagem profunda sobre o tema desejado. **Resultados:** Foram selecionados dez estudos como resultados da pesquisa. Os resultados são promissores em pacientes com doenças malignas nas células B e linfoma de células B, a partir disso, foi realizado um levantamento dos diversos estudos que usam a engenharia genética dos CARs específicos e que abordam pesquisas para obter resultados em outras neoplasias hematológicas e