

TRANSPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS ALOGÊNICO PARA TRATAMENTO DA DOENÇA FALCIFORME: RESULTADOS DE UM ÚNICO CENTRO BRASILEIRO

TCM Costa^a, LG Darrig-Júnior^b, CES Grecco^b,
F Pieroni^a, ABPL Stracieri^a, JTB Faria^b,
ACJ Vieira^a, F Traina^a, GC Santis^c, BP Simões^c

^a Departamento de Imagens Médicas, Hematologia e
Oncologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP,
Brasil

^b Departamento de Pediatria da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São
Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

^c Centro de terapia celular e Hemocentro de Ribeirão
Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A Doença Falciforme (DF), caracterizada pela presença de hemólise, crises vaso-oclusivas, dano endotelial e inflamação crônica, é a hemoglobinopatia hereditária mais prevalente no mundo. No Brasil, o risco de óbito entre 1 e 9 anos e entre 10 e 39 anos é 32 e 13 vezes maior, respectivamente, ao da população saudável. O Transplante de Células Progenitoras Hematopoéticas (TCPH) alogênico é a única opção de tratamento curativo disponível e bem estabelecida, sendo indicado em caso de complicações graves ou alto risco de desenvolvê-las. Avanços no conhecimento relacionado ao regime de condicionamento, profilaxia de Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH) e manejo das complicações associadas ao procedimento permitiu a ampliação da realização do TCPH não apenas para crianças, mas também para adultos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados clínicos do TCPH alogênico para tratamento da DF em um único centro brasileiro. **Materiais e métodos:** A análise retrospectiva de dados de 53 pacientes, adultos e crianças, submetidos ao TCPH alogênico aparentado HLA idêntico de irmão(ã) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, entre 2003 e 2021, foi realizada. Sobrevida Global (SG) e Sobrevida Livre de Evento (SLE) (óbito ou falha de enxertia) em 5 anos pós-TCPH e a incidência de falha de enxertia e de DECH foram analisadas. **Resultados:** A mediana de idade (variação) no momento do TCPH foi de 16 (7–38) anos e a mediana (variação) de seguimento pós-TCPH foi de 80 (1–236) meses. As complicações neurológicas e as crises vaso-oclusivas frequentes foram as indicações mais comuns em crianças (< 16 anos) (73,1%) e em adultos (77,8%), respectivamente. Dois pacientes receberam regime de condicionamento não mieloablativo (fludarabina e ciclofosfamida), devido à presença de comorbidades, 51 pacientes receberam condicionamento mieloablativo, com Bussulfano e Ciclofosfamida (BuCy) em 3 casos, e Fludarabina associada a Bussulfano (FluBu) em 48 casos. A medula óssea foi a fonte de células progenitoras hematopoéticas em 96% dos casos e o sangue periférico em dois casos. Os pacientes receberam ATG, ciclosporina e metotrexato, como profilaxia de DECH. Todos os pacientes enxertaram, exceto um que foi a óbito quinze dias após o TCPH, antes do momento esperado da enxertia.

Oito (15,1%) pacientes tiveram falha de enxertia secundária, e destes, 6 estavam vivos na última avaliação; 26,4% pacientes desenvolveram DECH aguda grau II; 3,7% tiveram DECH aguda grau III e 7,5% desenvolveram DECH crônica com necessidade de imunossupressão. A SG (95% CI) e a SLE (95% CI) em 5 anos foi de 89,7% (77,1–95,5) e 82,4% (69,0–90,4), respectivamente. Analisando apenas os pacientes que receberam o regime de condicionamento mieloablativo de toxicidade reduzida (FluBu) (n = 48), regime de escolha utilizado no nosso centro, encontramos uma SG e SLE (95% CI) em 5 anos de 91% (77,8–96,5%) e 80,3% (65,5–89,2). As curvas de sobrevida não foram estatisticamente diferentes entre as crianças e os adultos. **Discussão e conclusão:** Os resultados de sobrevida deste estudo foram comparáveis aos da literatura, demonstrando que o TCPH alogênico aparentado HLA idêntico de irmão(ã) é eficaz no tratamento de crianças e adultos com DF, doença grave com alta mortalidade na população acometida.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.972>

COMPARAÇÃO DO GASTO ENERGÉTICO DE REPOUSO PRÉ E PÓS TRANSPLANTE DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS E AVALIAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS

IB Vieira, NS Sette, CA Oliveira, RC Brito,
CK Duarte, SV Generoso

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo
Horizonte, MG, Brasil

Introdução/objetivos: Pacientes submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) podem apresentar alterações metabólicas que impactam no seu Gasto Energético em Repouso (GER) e no estado nutricional. O objetivo deste estudo foi comparar o GER pré e pós-transplante de pacientes submetidos ao TCTH e os fatores relacionados. **Material e métodos:** Estudo prospectivo realizado no setor de Transplante de Medula Óssea do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG). Antes do regime de condicionamento (D-5), bem como nos dias D+10 e D+17, o GER foi mensurado por calorimetria indireta. As complicações infecciosas e não infecciosas foram analisadas entre os períodos D+1 e D+10, D+11 e D+17; a ingestão alimentar foi obtida por meio de Recordatório 24h. **Resultado:** Foram avaliados 20 pacientes com idade a média de 45,65±17,25 anos, maioria homens (65%), e os diagnósticos mais incidentes foram Leucemia Mieloide Crônica (25%) e Mieloma Múltiplo (25%), sendo que 60% dos transplantados foram alogênicos. Comparado ao pré-transplante, o GER aumentou cerca de 115% a 120% no pós, e a necessidade energética ajustada (Kg/peso) foi de 28 Kcal/Kg (D+10) e de 33 Kcal/Kg (D+17). Foi observada inadequação energética e proteica em todos os momentos analisados. Febre, mucosite graus I-II, número total de eventos infecciosos e não infecciosos foram associados ao aumento do GER em D+10. **Discussão:** Hipotetizamos que o aumento do GER em D+10 foi influenciado pelos efeitos tóxicos agudos do regime de condicionamento, que geralmente duram de 10 a 15 dias, associados às consequências de