

viabilidade celular por 7AAD: $16,9 \pm 8,8\%$. **Discussão:** A perda de células e de viabilidade são parâmetros importantes a serem considerados quando é realizado o processo de criopreservação, e vários fatores podem influenciá-los, como a centrifugação, as condições e o tempo de armazenamento e o descongelamento do produto. A quantificação de células CD34+ é o principal indicador da qualidade das CTH para transplante; dessa forma, torna-se muito importante manter a quantidade e a viabilidade dessas células durante a criopreservação para garantir a enxertia. Os resultados encontrados demonstram que a contagem de CNT é pouco afetada pela criopreservação e pelo descongelamento, enquanto a quantificação de células CD34+ sofre maior impacto com esse processo, assim como a viabilidade celular por 7AAD. Apesar de haver perda de células e de viabilidade, CTH criopreservadas a -80°C apresentam qualidade adequada para o transplante, segundo os critérios estabelecidos. **Conclusão:** A criopreservação e o descongelamento das CTH coletadas por aférese de pacientes com mieloma múltiplo, considerando os parâmetros avaliados, não afeta de modo significativo a qualidade celular, permitindo sua utilização no transplante de CTH autólogo, mesmo após períodos prolongados de armazenamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1693>

CONTAMINAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE PRODUTO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS: ESTUDO RETROSPECTIVO EM CENTRO ÚNICO

FS Fernandes, TR Fernandes, SR Caruso, DM Toro, E Silva, MD Orellana, GC De-Santis

Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: As principais fontes de Células Progenitoras Hematopoéticas (CPH) para transplante são a Medula Óssea (CPH-MO) e o Sangue Periférico mobilizado (CPH-SP). A coleta de CPH-MO é realizada por procedimento aberto, enquanto a coleta de CPH-SP é feita por aférese, em sistema fechado. A coleta e manipulação dos produtos de CPH pode ocasionar a sua contaminação, apesar da adoção de medidas antissépticas. Outra possibilidade de contaminação é a coleta de CPH-SP de paciente ou de doador com bacteremia. É de presumir que a infusão de produto contaminado possa provocar a sepsé no receptor. **Objetivos:** Comparar a taxa de contaminação microbiológica dos produtos de CPH-MO e CPH-SP para transplante, entre janeiro/2003 e junho/2024, processadas no Laboratório de Terapia Celular do Hemocentro de Ribeirão Preto. Comparar a taxa de contaminação entre os produtos de CPH-SP coletados de pacientes (uso autólogo) e de doadores saudáveis (uso alogênico). Descrever o tipo (coloração Gram) e a identidade dos microrganismos encontrados. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo. Foram analisados 1.999 produtos de CPH: 266 de CPH-MO (uso alogênico) e 1.733 de CPH-SP (1.415 para uso autólogo e 318 para

uso alogênico). Os produtos foram avaliados para a presença de contaminação por bactérias aeróbias, anaeróbias e fungos (BacAlert® e BACTEC®). Nos casos de contaminação, foi feita a identificação dos microrganismos. As variáveis foram comparadas com a aplicação do teste de qui-quadrado ou do teste exato de Fisher. Até onde sabemos, este é o estudo com a maior casuística da literatura. **Resultados:** Foram identificadas 42 bolsas (2,1%) com resultados microbiológicos positivos, sendo 30 bolsas (11,3%) provenientes de MO e 12 bolsas (0,69%) de SP. A taxa de contaminação foi significativamente maior nos produtos de CPH-MO em comparação com os de CPH-SP, com risco relativo (RR) de 5,92 (95% IC: 4,56–7,22) ($p < 0,0001$). Nos produtos de CPH-MO contaminados houve a prevalência de bactérias gram-positivas (90,32%), principalmente de *Staphylococcus epidermidis* (32,14%), enquanto nos produtos de CPH-SP (todas para uso autólogo) houve a predominância de bactérias gram-negativas (66,66%), tais como *Escherichia coli* (16,67%) e *Salmonella sp.* (16,67%). Por fim, o risco de contaminação de CPH-SP coletado de pacientes (uso autólogo) foi ligeiramente maior, mas sem significância estatística, que o observado nos produtos de CPH-SP de doador saudável (uso alogênico): RR = 1,23 (95% IC: 0,93–2,5) ($p = 0,14$). **Discussão:** A medula óssea oferece maior risco de contaminação por microrganismos que o sangue periférico. A contaminação da MO e do SP caracteriza-se pelo predomínio de bactérias Gram-positivas na primeira (microbiota da pele) e Gram-negativas no segundo (supostamente por bacteremia). Não se verificou contaminação por fungos em nenhum dos produtos de CPH. **Conclusão:** A contaminação de produtos de CPH é pouco frequente e a MO apresenta taxas superiores à do SP. A contaminação da MO é predominante por bactéria Gram-positiva, enquanto no SP predominam as Gram-negativas. Os dados apresentados estão de acordo com os encontrados na literatura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1694>

REATIVAÇÃO DE CITOMEGALOVÍRUS PÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS HEMATOPOIÉTICAS EM PEDIATRIA: COORTE COMPARATIVA COM ADULTOS QUANTO INCIDÊNCIA, CINÉTICA VIRAL E FATORES DE RISCO

BL Gaio^a, SDM Ribeiro^a, MCR Moreira^{a,b}, BLC Ramos^a, DG Souza^a, A Maiolino^a, M Garnica^{a,b}

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

^b Complexo Hospitalar de Niterói, Niterói, RJ, Brasil

Introdução: Citomegalovírus (CMV) é um evento frequente no transplante alogênico de células hematopoéticas (Alo-TCH), cuja primo infecção ocorre, em geral, no período da infância. A imunossupressão aumenta o risco de reativação e está associada a alta morbidade e mortalidade nessa população. Esse estudo tem por objetivo avaliar se a reativação de CMV

na população pediátrica apresenta comportamento semelhante a reativação na população adulta submetida a Alo-TCH. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo em indivíduos submetidos a TCH em uma única instituição entre 2013 e 2024. Pacientes foram testados por PCR quantitativo de CMV (Taqman Sistem – artus CMV Qiagen) no plasma para detecção de DNAemia (limite de detecção 31 UI/mL). A testagem iniciou na primeira semana pós transplante. Pacientes menores de 18 anos foram classificados como pediátricos. Os dados foram analisados usando SPSS 21 e a significância estatística definida foi $p < 0.05$. Foram usados testes Qui-Quadrado, Mann Whitney e Pearson, considerando as características das variáveis. Kaplan-Meier foi usado para avaliação de incidência. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional. **Resultados:** Foram realizados 287 TCH alogênico, dos quais 40 (14%) pacientes pediátricos e 247 adultos. As medianas de idade dos pediátricos e adultos foram de 9 (1–16) e 46 (18–75) anos, respectivamente. A mediana do tempo de follow-up da coorte foi de 335 dias. As principais indicações para o Alo-TCH nos pediátricos foram LLA (42% × 17%; $p < 0,01$), anemia aplástica (20% × 4%; $p < 0,01$) e LMA (17,5 × 41%; $p < 0,01$) em comparação com os adultos. Em relação ao TCH, o tipo de doador e a fonte entre pediátricos e adultos foram respectivamente: doadores não aparentados (NAP) 45% × 23% e haploidênticos (Haplo) 40% × 34% ($p < 0,01$), com predomínio da fonte de medula óssea 70% × 39% ($p < 0,01$). Até o D+180, 19 pediátricos e 94, adultos tiveram reativação por CMV. A incidência de reativação por CMV até o D+100 e até o D+180 ocorreu em 49% × 35% e 52% × 42% ($p = 0,12$) respectivamente entre pediátricos e adultos. A mediana de dias pós TCH para reativação foi de D+23 × D+35 dias ($p = \text{NS}$), e 58% × 40% das reativações aconteceram até o D+30 ($p = \text{NS}$), entre pediátricos e adultos. As medianas da carga viral inicial e a de pico foram 73 × 162 UI/mL ($p < 0,01$) e 487 × 4180 UI/mL ($p < 0,01$), respectivamente. O tempo entre a primeira carga viral positiva e o clareamento foi de 28 × 38 dias ($p = \text{NS}$). Comparando as características de casos de reativação em pediatria versus adultos, houve diferença quanto a doença de base LLA (42% × 18), AA (26% × 6%) e LMA (26% × 40%) ($p < 0,05$); tipo de doador (NAP e Haplo foram 47% × 28% e 37% × 29%; $p = 0,08$) e fonte de células utilizada (medula óssea: 77% × 66%; $p = 0,05$). **Conclusão:** Comparando as duas populações, observou-se que o TCH pediátrico mais frequentemente foi realizado com doadores alternativos comparando com adultos. Houve uma incidência de reativação de CMV ao redor de 50% até o D+180, porém a diferença na incidência de CMV entre a população pediátrica e a adulta não foi estatisticamente significativa. 50% das reativações em pediatria ocorreram até o D+30. No entanto, a cinética viral indicou que as cargas virais iniciais e de pico foram significativamente menores nos pediátricos, porém sem diferença significativa no clareamento viral. A população pediátrica apresentou alta reativação de CMV, com reativações precoces em uma coorte com alta frequência de doadores alternativos.

COINFEÇÃO POR NEUROTOXOPLASMOSE E HHV6 APÓS SEGUNDO TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE MEDULA ÓSSEA (TMO): UM RELATO DE CASO

MEAJ Carvalho ^{a,b}, JVMF Junior ^{a,b},
MMAS Arruda ^{a,b}, SMCBP Jesus ^{a,b},
VAL Vilela ^{a,b}, AD Pereira ^{a,b}, VBAS Eira ^{a,b},
LC Costa ^a, V Weihermann ^{a,b}

^a Instituto de Cardiologia e Transplante do Distrito Federal (ICTDF), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Sírio Libanês, Brasília, DF, Brasil

Objetivo: Relatar caso de diagnóstico e manejo de coinfeção por HHV6 e toxoplasmose após segundo Transplante de Medula Óssea (TMO) alogênico. **Relato de caso:** Paciente feminina, 59 anos, diagnóstico prévio de carcinoma de mama e peritônio, com diagnóstico hematológico de síndrome mielodisplásica de alto risco (IPSS-M 1,6, IPSS-R 5) em 2023. Foi submetida a TMO alogênico aparentado HLA idêntico em agosto/2023 em primeira linha de tratamento, porém evoluiu com recaída de doença no D+150. Paciente foi submetida a novo tratamento com Venetoclax associado a Azacitidina, além de infusão de linfócitos do doador (3 alíquotas). Paciente seguiu com perda progressiva de quimera do doador e progressão da doença para Leucemia Mieloide Aguda. Optado por reindução com Topotecano-AraC, sendo a paciente encaminhada em aplasia para 2º TMO alogênico haploidêntico, em junho/2024, com regime de condicionamento RIC – FluCYTBI4, e profilaxia tripla para GVHD com ciclofosfamida pós-transplante (CyPT), micofenolato de mofetila (MMF) e ciclosporina (CsA). Apresentou enxertia neutrofílica no D+17, recebendo alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. Paciente reinterna no D+30 por desorientação temporária-espacial, evoluindo com crises convulsivas tônico-clônicas. Realizou RNM de crânio, EEG e punção líquórica que confirmaram diagnóstico de encefalite por HHV6 e neurotoxoplasmose. Iniciado tratamento com Ganciclovir por 21 dias até negatificação de PCR sérico para HHV6, e Bactrim com programação de 6 semanas de tratamento. Paciente apresentou melhora importante na RNM de controle após 21 dias de tratamento, porém com necessidade de uso de terapia anticonvulsivante otimizada e ainda com despertar insatisfatório do ponto de vista neurológico. **Discussão:** A reativação do herpesvírus tipo 6 ocorre em mais de 50% dos pacientes submetidos a TMO alogênico com repercussão clínica em aproximadamente 40% dos casos. Apesar da encefalite constituir apresentação rara, o HHV6 é o principal agente associado a essa complicação. Dentre os principais fatores de risco destaca-se TMO alogênico prévio, uso de CyPT para profilaxia de GVHD e corticoterapia. Correlaciona-se com prognóstico reservado, com mortalidade em torno de 38%–58%, com sequela neurológica observada em 57%, além de maior risco de GVHD. A infecção por toxoplasmose por sua vez possui baixa incidência no contexto pós-TMO alogênico (entre 0,4–8,7%), ocorrendo geralmente entre o D+30 e o D+90 com mortalidade em torno de 60-90%. O caso relatado descreve uma paciente em 2º TMO alogênico, com