

aparentado. O TMO é uma forma de tratamento para algumas doenças que afetam células sanguíneas, como anemias, mielodisplasias e leucemias. Ele objetiva reconstruir a medula através de células saudáveis e pode ser do tipo autogênico, usando a medula do próprio paciente ou alogênico com medula de um doador. **Métodos:** Foi realizado um estudo de base populacional, descritivo e caráter transversal, com dados obtidos a partir do DATASUS, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), com ênfase na população internada para realizar TMO no período de maio de 2014 a maio de 2024. Os dados foram filtrados a partir dos indicadores epidemiológicos: número total de internações hospitalares por ano e região; caráter de atendimento; tempo médio de permanência no hospital pós-transplante; valor médio da internação; número de óbitos e taxa de mortalidade. Por ser uma fonte de dados de acesso público, a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa e humanos foi desnecessária. **Resultados:** Foram registrados 7097 TMOs, sendo 5093 do tipo alogênico, com 3677 entre aparentados e 1416 entre não aparentados e 2004 autogênicos. Por ano, registrou-se uma média de 710 casos. A partir da análise anual, verificou-se que o alogênico, entre aparentados, obteve prevalência no ano de 2023 com 463 registros, enquanto, entre não aparentados, o ano com maior registro foi em 2017 com 181 casos. Ao analisar o tipo autogênico, notou-se que em 2015 houve registro máximo de 234 casos. Por região, houve maior incidência no Sudeste com 4778 casos, seguido pelo Sul com 1618, Nordeste com 566 e Centro-Oeste com 137. Não foram disponibilizados registros no Norte. Sobre o modo de atendimento, verificou-se que cerca de 66% dos procedimentos foram realizados de modo eletivo. Sobre o tempo médio de hospitalização, houve discrepância entre as modalidades: o tipo alogênico aparentado demandando uma média de 29,9 dias, o alogênico não aparentado 32,3 dias e o autogênico como o menor tempo registrado, demandando 18,6 dias. Acerca do valor médio de internação, o tipo alogênico não aparentado foi a mais custosa com R\$ 11.985,94 por procedimento. O transplante alogênico aparentado foi o que obteve maior número de óbitos, 257, seguido pelo não aparentado, 109, e, por último, o autogênico com 61. Sendo assim, a taxa de mortalidade geral de transplante de MO no período descrito foi de 6,01%. **Discussão:** Percebe-se que houve uma predominância de casos no tipo alogênico em detrimento do autogênico, sobretudo, quando analisado o tipo alogênico aparentado. Ademais, é notória a disparidade regional, uma vez que a região Sudeste possui maior número de procedimentos ao analisar as três modalidades, além de não existirem registros da execução desse tipo de procedimento no Norte. Quanto à modalidade, percebe-se que o autogênico, além de demandar menor tempo de hospitalização, é menos dispendioso ao SUS e tem menor número de óbitos como desfecho clínico. **Conclusão:** Destarte, o procedimento feito com células do próprio paciente apresenta menos riscos, evitando a complicação mais comum do TMO, a Doença do Enxerto Contra o

Hospedeiro. Entretanto, por ter muitos requisitos para o procedimento, o transplante autólogo é mais realizado no Brasil apesar da dificuldade enfrentada para encontrar doadores compatíveis com o candidato.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1742>

USO DA GLOBULINA ANTITIMÓCITO NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO NÃO APARENTADO NA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: ANÁLISE DOS DESFECHOS DE UMA COORTE RETROSPECTIVA

ET Calvache^{a,b}, NKD Santos^a, CS Weber^a, PO Silva^a, MO Ribas^{a,b}, AA Paz^a, MB Michalowski^{a,b}, LE Daudt^{a,b}

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

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: A Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) é a neoplasia maligna resultante do crescimento desregulado de células linfoides clonais. O transplante de células-tronco hematopoieticas alogênico (Alo-TCTH) é indicado para alguns subgrupos como doença de alto risco e recaída. No entanto, aproximadamente 30%–50% dos pacientes apresentarão Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECHa) aguda e cerca de 15% terão DECH grave (graus III–IV) e DECH crônica (DECHc), as quais deflagram-se em morbi-mortalidade. Os regimes usados para a profilaxia da DECH são definidos conforme a intensidade de condicionamento e o tipo de transplante. No cenário do Alo-TCTH não aparentado, o uso da Globulina Antitimócitos (ATG) de coelho é recomendado como parte da profilaxia, embora seja associado a ele um potencial aumento de complicações infecciosas e atraso na reconstituição imune. Além disso, alguns estudos têm sugerido aumento de recaída, diminuição da Sobrevida Global (SG) e sobrevida livre de progressão. **Objetivo:** Descrever os desfechos clínicos dos pacientes portadores de LLA submetidos à Alo-TCTH alogênico não aparentado que receberam ATG conforme o protocolo do nosso serviço. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo com pacientes portadores de LLA que realizaram Alo-TCTH NAP durante o período de 1994–2023 no HCPA. **Análise estatística:** Realizada no software SPSS versão 21,0, os dados clínicos foram descritos como mediana e percentis (p25–p75), frequência absoluta e relativa. O nível de significância foi de $p < 0,05$. A SG foi realizada por Kaplan-Meier. **Resultados:** Foram identificados 47 pacientes entre 1994 e 2023 com critérios de inclusão para o estudo. A mediana de idade ao TCTH foi de 12 anos (8–19); dois terços foram masculinos, 19.1% eram portadores de LLA B Ph+, e o tempo entre o diagnóstico e a realização do alo-TCTH foi de 14 meses (8–

366). A compatibilidade na maioria foi de 10×10 (38,3%), seguido por 9×10 (14,9%) e 11×12 (12,8%). A mediana da dose de ATG calculada pelo peso do paciente foi de 8 mg/kg (5–10). Quando avaliada a SG pela estratificação da dose da ATG (< 7.5 mg/kg vs. > 7.5), estimou-se um valor, em meses, de 68,8 (27; 110) e 78,7 (49; 107), respectivamente ($p = 0,26$). A DECHa identificou-se em 44,7% dos casos, sendo que 27,7% apresentaram comprometimento cutâneo e visceral e 17% tiveram acometimento exclusivo à pele. Na severidade da DECHa, houve 23,4% com grau III/IV. DECHc apresentou-se em 23,4% dos pacientes. Entre os que desenvolveram DECHc moderada - severa, o principal motivo de óbito foi a DECH. Reativação e a doença por CMV ocorreram em 66% e 14,9% dos pacientes respectivamente. Os órgãos acometidos foram pulmão e TGI com 6,4% cada um deles, seguidos por retina 2,1%. Houve 5 pacientes com infecção por EBV e 3 com cistite hemorrágica por poliomavírus. Neoplasia secundária foi identificada em cinco casos: linfoma/PTLD 7,1% e 2,4% para SMD/LMA e tumores sólidos. Houve 12,8% de recaída pós Alo-TCTH, no entanto, quando avaliadas as causas de óbito, 40,4% dos pacientes faleceram por sepse, seguido por DECH e recaída com 4,3% para cada um deles. **Conclusão:** Na nossa coorte, não houve diferença na SG na estratificação da dose da ATG, porém mais estudos são necessários na avaliação da dose individual de cada paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1743>

ICTERÍCIA LIKE RELACIONADA AO USO DE ELTROMBOPAG EM PACIENTE SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS

PC Jericó, TDM Monteiro, AL Emrich

Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON), Florianópolis, SC, Brasil

Introdução: Apesar dos constantes avanços relacionados ao TCTH (Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas), a falha de enxertia ainda ocorre em cerca de 5% a 20% dos casos. O eltrombopag tem se mostrado efetivo nestes casos, com incremento das 3 séries hematológicas. Relataremos o caso de icterícia secundária ao uso de Eltrombopag em paciente após transplante de medula óssea com plaquetopenia grave. **Descrição do caso:** Paciente feminina, 33 anos, caucasiana, realizou TCTH não aparentado com incompatibilidade ABO maior (doador O positivo, receptor A negativo) para tratamento de Leucemia Promielocítica Aguda recaída após 6 meses de TCTH autólogo. Após nove meses do último transplante a paciente evoluiu com necessidade transfusional por desenvolvimento de trombocitopenia grave, sem fator desencadeante encontrado a despeito de extensa investigação laboratorial. Naquele momento, visto necessidade de altas doses de corticóides, foi iniciado uso de eltrombopag

50 mg/dia com resposta determinante para independência transfusional e consequente retirada de prednisona. No mês subsequente, já em dose de eltrombopag 150 mg ao dia, a paciente apresentou icterícia progressiva, sem associação a outros sintomas e ou disfunções hepáticas. Durante acompanhamento, foi buscada harmonia entre a dose do eltrombopag, os níveis plaquetários e graus toleráveis de hiperpigmentação cutânea. **Discussão:** As alterações hepáticas associadas ao uso de agonistas dos receptores de trombo-poetina, como o eltrombopag, são bem documentadas devido ao metabolismo hepático dessas drogas, tornando a monitoração da função hepática uma parte essencial do manejo hematológico. No entanto, a ocorrência de hiperbilirrubinemia e hiperpigmentação cutânea sem sinais de hepatotoxicidade pode ser menos evidente e levar a interpretações errôneas dos índices de hemólise e bilirrubina, devido à presença de eltrombopag no soro. Observou-se uma correlação entre os diferentes graus de icterícia e as doses da medicação, embora, a longo prazo, não se possa prever com precisão a relação com possíveis complicações futuras. Assim, este caso destaca a importância de um monitoramento cuidadoso e de um ajuste equilibrado da dosagem de eltrombopag para minimizar os efeitos adversos enquanto se mantém a eficácia terapêutica. **Conclusão:** Assim, entende-se que a monitorização dos pacientes em uso de eltrombopag deve ser realizada atentamente, visto que, mesmo que rara, a icterícia pode ser conduzida de maneira precoce e segura.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1744>

PTCY-BASED HAPLOIDENTICAL TRANSPLANTATION, WITH REDUCED-DOSE MMF, 30 MG/KG, AND A CALCINEURIN INHIBITOR, COMPARED WITH ATG-BASED, 6 MG/KG, UNRELATED DONOR TRANSPLANTATION FOR HEMATOLOGICAL MALIGNANCIES

LJ Arcuri^{a,b}, CO Ribeiro^a, IO Fernandes-Junior^a, SC Maradei^a, SP Lermontov^a, D Lerner^a

^a Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brazil

^b Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brazil

Introduction: The EBMT recommends an ATG (Thymoglobulin) dose of 4.5–6.0 mg/kg for an unrelated (URD) hematopoietic cell transplant (HCT). The PTCy-based Baltimore protocol for haploidentical (Haplo) HCT included MMF 45 mg/kg starting at D+5, however MMF 30 mg/kg starting at D0 has also been reported. In our institution, the first 6 Haplo received 45 mg/kg MMF, with a 50% incidence of CMV disease, prompting us to reduce MMF to 30 mg/kg. **Objective:** To compare 6.0 mg/kg ATG-based URD versus PTCy-based with MMF