

reativos que podem causar rejeição do enxerto. Portanto, a PTCy permitiu maior segurança relacionada à ocorrência de DECH aguda e à sobrevida. Todavia, essa estratégia está associada a maior incidência de outras complicações como reativação de Citomegalovírus (CMV), sendo importante a disponibilidade de ferramentas diagnósticas, de profilaxia e terapêuticas, para reduzir a morbimortalidade relacionada a essa complicação infecciosa. **Conclusão:** Dos 7 pacientes submetidos a TMO haploidêntico no período analisado, 4 apresentaram óbito com 3 casos relacionados ao transplante e 1 não relacionado. Apesar de uma mortalidade elevada, o haploidêntico continua sendo uma modalidade de transplante viável quando não há disponível um doador ideal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1759>

REFRATARIEDADE PLAQUETÁRIA SECUNDÁRIA A ANTICORPO ANTI-ANTÍGENO PLAQUETÁRIO HUMANO 1A EM TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: RELATO DE CASO

AO Lauer^a, GG Rodrigues^a, JM Pessoa^a,
ACLD Nascimento^a, P Scheinberg^a,
FPS Santos^a, AE Lazar^a, FR Kerbaux^a,
JUA Filho^a, CB Bub^b

^a A Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), São Paulo, SP, Brasil

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

Introdução: O anticorpo anti-antígeno plaquetário humano 1a (anti-HPA-1a) está classicamente associado à púrpura aloimune neonatal. Sua descrição no Transplante de Medula Óssea (TMO) alogênico é rara. Apresentamos um caso em que o anticorpo anti-HPA-1a foi identificado em uma paciente com refratariedade plaquetária no período pós TMO alogênico. **Relato de caso:** Paciente, gênero feminino, 63 anos, caucasiana, foi submetida a TMO alogênico devido ao diagnóstico de mielofibrose primária. Possuía histórico de duas gestações, ambas há mais de vinte anos e sem intercorrências. Havia recebido um total de seis concentrados de hemácias filtrados e irradiados durante o tratamento e nunca necessitou de transfusão de plaquetas pré TMO. A coleta de células progenitoras para o TMO foi realizada via sangue periférico, proveniente de doador não aparentado, gênero masculino, 19 anos, com compatibilidade HLA 12/12. Foi realizada infusão de 7.900.000 de células CD34+/Kg com viabilidade de 82%. O regime de condicionamento foi mieloablativo com fludarabina 30 mg/m² e bussulfano 130 mg/m² (com cálculo de AUC 4500) por 4 dias além de timoglobulina dose total 4,5 mg/kg. A profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro foi realizada com tacrolimus e metotrexato 5 mg/m² em D+1, D+3, D+6 e D+11. A paciente apresentou plaquetopenia grave a partir do D+5, evoluindo com bolhas hemorrágicas em cavidade oral e epistaxe de repetição. Recebeu neste período um total de sete transfusões de plaquetas não tipadas, sem rendimento transfusional em nenhuma ocasião após realização de cálculo de incremento plaquetário. Foi realizado o ensaio MAIPA no D

+8, com detecção de anticorpos anti-HPA-1a. A partir do D+11, recebeu transfusão de plaquetas tipadas HPA-1a negativas, com bom rendimento transfusional, atingindo em torno de 25 mil plaquetas. Foi realizado genotipagem de doador e receptor, que evidenciou receptora HPA-1b/1b e doador HPA-1a/1a. Foi analisada amostra de soro da receptora antes da infusão de células precursoras, já contendo anticorpos anti-HPA-1a, em títulos superiores aos apresentados no D+8. Até o momento deste relato, a paciente encontra-se em D+22 do TMO, ainda apresentando necessidade transfusional de plaquetas HPA-1a compatíveis aproximadamente duas vezes por semana, sem sinais de enxertia plaquetária, apesar de enxertia neutrofílica confirmada no D+14. **Discussão:** A compatibilidade HPA independe da compatibilidade HLA. Desta forma, apesar de rara, a trombocitopenia aloimune por anticorpo HPA após TMO pode ocorrer em doadores HLA compatíveis. Encontram-se em literatura relatos de casos de plaquetopenia prolongada após TMO devido a anticorpos derivados do doador, tanto em regimes mieloablativos como não mieloablativos, com dependência transfusional de hemocomponentes tipados perdurando por meses. Relatamos um caso de plaquetopenia por anticorpo HPA-1a derivado da receptora, que se manteve mesmo após o regime de condicionamento mieloablativo contendo timoglobulina. A investigação de anticorpos anti-HPA ou a compatibilidade HPA de doador e no pré-TMO não são realizados de rotina. Todavia, a presença de anticorpos anti-HPA-1a pode levar não apenas a refratariedade plaquetária, mas também a plaquetopenia prolongada, podendo gerar morbidade e custos não esperados após TMO alogênico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1760>

IMPACTO DA RECAÍDA E PERFIL MUTACIONAL NA SOBREVIVÊNCIA DE PACIENTES COM LEUCEMIA MIELÓIDE CRÔNICA (LMC) EXPOSTOS A INIBIDORES DE TIROSINO QUINASE (ITQ) E SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH): UMA ANÁLISE DE LONGO PRAZO

VAM Funke, GRO Medeiros, ACM Lima,
ALV Mion, I Menezes, DC Setubal, CBDS Sola,
R Marchesini, SK Nabhan, R Pasquini

Complexo Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Introdução: O TCTH alogênico continua a ser considerado a terapia padrão para pacientes com LMC refratária aos inibidores de Tirosina Quinase (ITQs). No entanto, os desfechos pós transplante, incluindo os fatores de risco para recaída e o comportamento das mutações nesses pacientes, permanecem sendo um ponto de debate na literatura. **Objetivo:** Avaliar o perfil mutacional pré e pós transplante e as demais variáveis que influenciaram o desfecho de recaída, em uma coorte de pacientes submetidos a TCTH após exposição aos ITQs. **Métodos:** Estudo retrospectivo, observacional e analítico, realizado a partir de registros de dados. Foram avaliados

70 pacientes com diagnóstico de LMC que haviam recebido tratamento prévio com ITQ, e foram transplantados no período de 2001 a 2021, sendo identificados 27 pacientes que recaíram após o transplante. Para análise estática, foram utilizadas curvas de incidência cumulativa e o Teste de Gray na análise univariada e regressão de Fine-Gray na análise multivariada para incidência de recaída. A análise comparativa entre as curvas de sobrevida foi realizada através do Log-Rank Test. **Resultados:** Nesta coorte, a incidência cumulativa de recidiva foi de 27,1% em 1 ano (17,3%–38%) e 38,9% em 5 anos (27,3%–50,3%). A única variável associada ao risco de recidiva foi o uso de sangue periférico como fonte de células (SHR 2,85; 1,27–6,36). No entanto, esses dados devem ser interpretados com cautela, pois a maioria dos pacientes estavam em estágios avançados de doença. Dos 27 pacientes que recaíram, a maioria teve recaída molecular (14), 3 tiveram recaída citogenética e 6 recaída hematológica, sendo que 4 tiveram falha do enxerto. Dos pacientes em recaída hematológica, 2 estavam em fase acelerada e 4 em crise blástica. Quanto à terapia após recaída, 7 receberam Infusão de Linfócitos do Doador (ILD), 17 utilizaram ITQs e 6 pacientes utilizaram ambos. Cinco pacientes alcançaram remissão molecular sustentada após ITQ/ILD. Dos 19 pacientes com mutações pré-transplante, apenas 4 tinham mutações na recaída; 2 deles apresentaram novas mutações. Dos 6 pacientes com mutação T315I antes do TCTH, apenas 1 paciente permaneceu com a mutação na recaída, 1 paciente apresentou E255K e 4 não tinham mutação. Até o último follow-up, 15 pacientes haviam falecido (55%), principalmente devido à progressão da doença. Entre os 12 pacientes vivos (45%), 3 tinham leucemia molecularmente indetectável, 1 alcançou RM 4.5, 2 alcançaram RM 4.0, 2 alcançaram RMM, 3 alcançaram CCyR e um estava em MCyR. A sobrevida global (SG) estimada em 5 anos do grupo que recaiu foi de 50%, em 10 anos de 40% e em 20 anos de 25%. A mediana de sobrevida foi de 2001 dias versus não atingida para o grupo dos pacientes em remissão. **Conclusão:** Este estudo de seguimento de 20 anos relata resultados a longo prazo do TCTH na LMC após falha aos ITQs. Descrevemos uma incidência cumulativa de recaída de 38,9% em 5 anos e observamos o impacto negativo da recaída na sobrevida global destes pacientes, sugerindo que estratégias para evitar este evento (manutenção com ITQ? ILD profilático?) devem ser testadas. Quanto ao perfil mutacional, houve um padrão diferente de mutações na recaída, sugerindo que elas devem ser sempre reavaliadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1761>

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM MIELOMA E LINFOMA TRATADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

TA Guimarães, RT Costa, BLC Ramos,
M Garnica, R Schaffel

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

Introdução: O programa de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário da UFRJ completa 30 anos em 2024. Neste período, passamos por diversas fases e ajustes neste programa. O conhecimento das curvas de sobrevida atingidas poderão guiar as melhorias futuras. Neste trabalho, escolhemos atualizar as curvas de sobrevida dos pacientes com mieloma múltiplo e linfomas, as maiores indicações de Transplante Autólogo de Células-Tronco hematopoéticas (TACTH). **Objetivo:** Analisar a sobrevida global dos pacientes submetidos ao TACTH no Hospital Universitário da UFRJ no tempo entre 2014 e 2023, comparando casos de linfoma e mieloma. Além disso, comparamos as recaídas pós transplante e o tempo para realizar o procedimento. **Material e métodos:** Coletamos informações dos nossos pacientes submetidos ao TACTH, por meio do prontuário eletrônico do Hospital. Reunimos esses dados em uma tabela de Excel para posterior cálculo de medianas da sobrevida global, do tempo para infusão e da recaída pós transplante. Nossa coorte tem 153 pacientes (88 homens e 65 mulheres), sendo 69 com diagnóstico de linfomas (38 linfoma de Hodgkin), 83 de mielomas e 1 de amiloidose. **Resultados:** Análise dos pacientes com linfoma: A mediana da Sobrevida Global (SG) foi 4,4 anos (1,1–12,7a) a partir do diagnóstico inicial; a SG mediana após o TACTH foi de 1,9 anos (0,03–9,4a); o tempo mediano entre o diagnóstico e o TACTH foi de cerca de 2,0 anos (0,5–9,6a). No período analisado, ocorreram 29 recidivas e 28 óbitos. Análise dos pacientes com mieloma múltiplo: A SG mediana foi 5,4 anos (0,9–13,0a) a partir do diagnóstico inicial; a SG mediana após o TACTH foi de 3,5 anos (0,1–11,0a); o tempo mediano entre o diagnóstico e o TACTH foi de cerca de 1,7 anos (0,5–8,7a). No período analisado, ocorreram 31 recidivas e 32 óbitos. O status de doença não pode ser observado em um número de pacientes que foram seguir acompanhamento nos centros de tratamento original. **Discussão:** Nos pacientes que foram transplantados por linfoma, a SG após o TACTH é bem menor do que a reportada para linfoma de Hodgkin (Sirohi et al, Ann Oncol. 2008 Jul;19(7):1312-1319), porém está em linha com a reportada para linfomas agressivos (Van Den Neste et al. Bone Marrow Transplantation (2017) 52, 216–221). Já nos pacientes com mieloma, o tempo para transplante é maior do que o desejado e resulta em uma sobrevida mediana após o TACTH menor do que o esperado. **Conclusão:** Esta análise permitirá ajustes no nosso programa de TACTH, particularmente nos pacientes com mieloma. Esperamos trazer os dados do linfoma separados por subtipo para o HEMO 2024.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1762>

DESCRIÇÃO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA DO CEMO E FATORES ASSOCIADOS A NECESSIDADE DE CUIDADO INTENSIVO

PO Costa, AS Lessa, MIP Albuquerque

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil