

Método: Coleta de dados prospectiva dos pacientes pediátricos hospitalizados no CEMO de 1° de janeiro de 2013 a 31/12/23. Foi definido cuidado intensivo como necessidade de uso de vasopressores e/ou inotrópicos e de suporte ventilatório. Foi feita a análise regressiva das seguintes variáveis: transplante haplo, transplante não aparentado, uso de ATG, uso de TBI, doença maligna/benigna, DECH, infecção de corrente sanguínea por bactéria multirresistente, uso de NPT, infecção por vírus, infecção por fungos. Quando p foi igual ou menor que 0,20, foi feita análise logística regressiva multivariada. **Resultados:** Neste período houve 389 admissões, sendo de 62 (15,9%) necessitaram de cuidados intensivos. Sexo masculino 256 (65,8%); idade mediana de 11 anos; doença maligna 302 (77,6%). As doenças de base mais comuns foram: LLA 144 (37%), anemia aplástica 61 (15,7%), LMA 46 (12%) e linfoma de Hodgkin 43 (11%). Quanto ao tipo de transplante alogênico 216 (55,5%) sendo não aparentados 124 (31,8%), haplo 82 (22,1%), autólogo 65 (16,7%), 1° transplante alogênico e 2° haplo 4 (1%) e 22 (5,6%) que eram internações pré transplante. Uso de ATG 135 (34,7%). Uso de TBI 190 (48,8%). DECH 114 (29,3%). Hemocultura positiva 115 (29,6%), sendo 22 (5,6%) por bactéria multirresistente. 71 (18,2%) infecção fúngica, sendo os mais comuns 32 (45%) *Aspergillus sp.* e 13 (18,3%) *Fusarium sp.* Infecção por vírus 78 (20%), sendo o mais comum citomegalovírus 40 (10,2%). Uso de vasopressores 52 (13,4%), ventilação não invasiva 28 (7,2%), ventilação mecânica invasiva 32 (8,2%), hemodiálise 18 (4,6%), nutrição parenteral 187 (48,7%). Foram a óbito 27 (6,9%). Os fatores associados a UTI foram infecção por fungo ($p = 0,001$; OR = 2,7; 95% IC 1,45–5,02) e e hemocultura com bactéria multirresistente ($p = 0,01$; OR = 3,17; 95% IC 1,24–8,08). **Conclusão:** Infecção por fungos e hemocultura com bactéria multirresistente que foram associados a cuidado intensivo devido a imunossupressão a que esses paciente são sujeitos com o transplante e uso frequente de antibióticos que induzem a multirresistência.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1763>

HIGH SURVIVAL RATES IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION IN SÃO PAULO, BRAZIL

CC Justino^a, FS Azevedo^b, EL Rosa^a,
PHA Moraes^{a,b}, AM Fonseca^b, CD Liz^b,
RS Szor^b, VC Molla^{a,b}, AG Guerra^b,
CF Oliveira^b, TFN Araújo^b, GMC Silva^b,
MM Almeida^b, LPDS Rocha^b, ML Puls^b,
C Arrais^{a,b}

^a Hospital Nove de Julho, Rede DASA, São Paulo, SP, Brazil

^b Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil

Objectives: Many hematological diseases, such as Acute Myeloid Leukemia (AML) and Myelodysplastic Syndromes (MDS) commonly affect individuals diagnosed in their seventh decade of life or later. Allogeneic Hematopoietic Stem Cell

Transplantation (HSCT) can cure these conditions. However, elderly patients are often considered ineligible due to high morbimortality rates. Recent advances in supportive care and new conditioning regimens have made HSCT more feasible and safer for elderly patients. However, there are few reports regarding HSCT in patients aged 70-years or older in Brazil. **Material and methods:** This retrospective observational study analyzed 44 patients aged 65-years or older who underwent their first allogeneic HSCT for myeloproliferative neoplasms: acute myelogenous leukemia (AML, $n = 27$), myelodysplastic syndrome (MDS, $n = 12$), or myelofibrosis (MF, $n = 5$), at two Brazilian centers in São Paulo between December 2013 and March 2024. Clinical data were collected using standardized forms based on information from electronic medical records. **Results:** The median age was 70-years (range: 65–81), with most patients being male (64%). The majority of donors were haploidentical (59%), followed by matched unrelated donors (30%) and matched sibling donors (11%). All patients received Reduced-Intensity Conditioning (RIC) regimens, with the vast majority receiving mobilized peripheral blood as the stem cell source ($n = 40$, 91%), and only four (9%) bone marrow. Among the 27 patients with AML, seven (26%) were not in complete remission before transplant. The main Graft-Versus-Host Disease (GVHD) prophylaxis was the combination of mycophenolate mofetil and cyclosporine or sirolimus. T-cell depletion was used in most cases with either post-transplant cyclophosphamide in 26 patients (59%) or Antithymocyte Globulin (ATG) in 15 patients (34%). Median follow-up was 18-months (range: 4–138). The Cumulative Incidence (CI) of acute GVHD grade II–IV was 28% but only 9% for grade III–IV. The CI of chronic GVHD at 2-years was 39%, but only 4 patients (9%) required prolonged immunosuppression. Median Progression-Free Survival (PFS) and Overall Survival (OS) were not reached within two years of follow-up. PFS and OS at two years were 54% and 64%, respectively. The CI of Non-Relapse Mortality (NRM) was 11% at 100 days and 19% at two years. The main causes of death were infections (33%), followed by relapse or progression (29%). **Discussion:** This retrospective study demonstrates that allogeneic HSCT is an effective and safe curative option for myeloproliferative neoplasms in patients aged 65-years or older. Despite the use of RIC regimens and the inclusion of patients not in remission before transplantation, we observed a low relapse rate. Additionally, the rates of NRM and chronic extensive GVHD were relatively low. **Conclusions:** Although the study has limitations, including its retrospective nature and lack of comparison with other specific therapies, the findings suggest HSCT is a viable treatment option for elderly patients.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1764>

MOBILIZAÇÃO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS COM CITARABINA EM DOSES INTERMEDIÁRIAS

VC Farnese^a, RLG Cunha^b

^a Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil

^b Oncoclínicas São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Mobilização de Células Progenitoras Hematopoéticas (CPH) em pacientes com programação de Transplante de Células Tronco Hematopoéticas autólogo (TCTH) usualmente é realizada através de fator estimulante de colônias de granulócitos (G-CSF) ou combinação de G-CSF com quimioterapia. A escolha é baseada em características dos pacientes, número de CPH desejadas e características do serviço. Em países em desenvolvimento, limitações em centros de transplante incluem envio de amostra para realização de dosagem de CD34 e processamento da bolsa de aférese em centro distante daquele que realizou a coleta, restrição de datas para aférese, e utilização de máquinas de aférese que processam baixas volemias, que requerem um protocolo de mobilização que permita a coleta de CPH nessas condições. **Objetivo:** Analisar a eficácia e segurança de mobilização com citarabina em pacientes com programação de TCTH autólogo. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo com análise de 69 mobilizações consecutivas com citarabina na dose de 1200 mg/m² dividida em 3 dias associado a G-CSF 10 mcg/kg/d no Hospital de Clínicas de Uberlândia entre agosto de 2019 a junho de 2021. **Resultados/Discussão:** A idade mediana dos pacientes foi de 56 anos (20–75) e 46 pacientes (66%) eram do sexo masculino. Trinta e sete pacientes eram portadores de mieloma múltiplo, 17 linfoma não-Hodgkin, 10 pacientes com linfoma de Hodgkin, 4 tumores sólidos e 1 amiloidose. A maioria foi submetida à mobilização pela primeira vez (87%). Nove pacientes já haviam sido mobilizados anteriormente, 6 para um segundo TCTH e dois devido à falha de mobilização com G-CSF. O percentual de pacientes que coletaram pelo menos 2×10^6 células CD34/kg foi de 95%, com 89% dos pacientes requerendo apenas 1 aférese. Entre aqueles que tiveram sucesso na coleta, 77% iniciaram a coleta no 16º dia e até 97% no 17º dia de mobilização. A mediana de CPH coletado foi $11,68 \times 10^6$ CD34/kg e o número de células CD34 em sangue mobilizado no dia anterior à coleta foi 85,13 células/ μ L. O aumento do número de linhas de tratamento ($p = 0,04$) e realização de TCTH anterior ($p = 0,01$) impactaram negativamente o número de células CD34 mobilizadas, porém sem diferença no percentual de coleta ($p = 0,24$). Embora a taxa de sucesso da coleta tenha sido menor em pacientes com linfoma não-Hodgkin, 88,24% vs. 97% em pacientes com mieloma múltiplo e 100% em pacientes com linfoma de Hodgkin e tumores sólidos, o pequeno número de falhas pode não ter sido capaz de revelar diferença estatística ($p = 0,37$). Da mesma forma, não houve diferença quando foi utilizada uma máquina de aférese que processa baixa ou alta volemia ($p = 0,28$). A contagem de células linfomononucleadas acima de 1000 células/ μ L apresentou correlação com o sucesso na coleta ($p = 0,003$), podendo ser uma opção em serviços que não dispõem de contagem de CD34, ou realizam a dosagem com grande intervalo entre a coleta. Os pacientes apresentaram 6% de trombocitopenia grau 3 ou 4, com incidência de transfusão de plaquetas de 3%. Transfusão de hemácias foi necessária em 11% dos pacientes e não foi observado neutropenia febril. **Conclusão:** A citarabina em doses intermediárias associada a G-CSF é altamente eficaz, previsível e relativamente segura em promover mobilização de CPH, podendo ser utilizada em centros de países em desenvolvimento ou em pacientes com risco de

falha de mobilização, contribuindo para a expansão de serviços que realizam TCTH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1765>

RELATO DE TRANSPLANTE AUTÓLOGO PARA LINFOMA DE CÉLULAS DO MANTO EM PACIENTE OBESO MÓRBIDO COM MÚLTIPLAS COMORBIDADES

JP Resende, FB Patricio, CB Sola, G Tagliari, R Marchesini, D Csetubal, M Cuollo, S Nabhan, VAM Funke

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

Introdução: O tratamento do Linfoma de Células do Manto é desafiador. No cenário do SUS, traz um desafio maior devido às limitações das opções terapêuticas, nesse contexto o transplante autólogo se torna imprescindível. **Objetivos:** Relatar a experiência do transplante autólogo no paciente com obesidade mórbida e com múltiplas comorbidades. **Materiais e métodos:** Revisão de prontuário sem identificação da paciente. **Relato de caso:** Paciente sexo masculino, 52 anos, casado, natural e procedente de Curitiba-PR. Em setembro de 2023 evoluiu com linfonodomegalia em região cervical, associado a febre e sudorese noturna. Negava perda ponderal. Realizou biópsia de linfonodo supraclavicular direito que confirmou diagnóstico de Linfoma de Células do Manto com MIPI score de alto risco. Os antecedentes patológicos do paciente incluíam Flutter atrial, síndrome metabólica (HAS, DM2, Hipertrigliceridemia) e obesidade mórbida (IMC > 40). Devido às múltiplas comorbidades foi proposto um tratamento quimioterápico menos intensivo, o R-CHOP. Após seis ciclos do R-CHOP, foi feito reestadiamento com PET-CT em maio de 2024, que mostrava resposta completa, Deauville 2. Diante desse cenário de resposta completa, foi encaminhado para o serviço de Transplante de Medula óssea, com objetivo de consolidar o tratamento com transplante autólogo, seguido de manutenção com rituximabe. Nesse contexto, foi optado por um condicionamento alternativo ao BuCyE, sendo escolhido o BuFlu (Bussufalno 9,6 mg/kg e Fludarabina 150 mg/m²). As doses de quimioterapia foram corrigidas para o peso ideal ajustado do paciente. Durante internamento paciente apresentou pouca toxicidade, mucosite grau II sem impacto na alimentação e não apresentou neutropenia febril no internamento. Apresentou pega neutrofilica e plaquetária no D+13 com boa evolução no seguimento. **Discussão:** A escolha do condicionamento é um dos pilares para o transplante. A individualização do mesmo deve levar em consideração o diagnóstico hematológico, o status da doença, status performance de cada paciente, além das comorbidades pregressas. Na atualidade, a obesidade vem comprometendo uma parcela significativa da população. Junto a isso, inúmeros estudos vêm demonstrando piores desfechos do tratamento de doenças oncológicas na população obesa. O impacto negativo da obesidade sobre o desfecho do transplante de medula óssea, sobretudo no transplante alogênico,