

Objetivos: Avaliar a correlação entre os efeitos adversos imediatos relacionados à infusão de diferentes fontes de CPH em produtos celulares alogênicos infundidos a fresco, considerando variáveis do produto no momento da coleta e após o processamento. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo comparativo conduzido no Centro de Terapia Celular do Hemocentro de Ribeirão Preto, envolvendo 143 pacientes transplantados entre 2020 e 2025, sendo 78 com SP e 65 com MO. Foram analisados: volume total do produto, volume de hemácias, necessidade de processamento, número de células nucleadas (CNT), células CD34+, reações adversas imediatas à infusão e tempo de enxertia. A análise estatística foi realizada pelo teste de Mann-Whitney e o teste exato de Fisher. **Discussão e conclusão:** A mediana do volume coletado foi de 267,3 mL para SP e 928,4 mL para MO ($p < 0,0001$), com volumes infundidos de 242,1 mL e 587,8 mL, respectivamente ($p < 0,0001$). O volume de hemácias foi significativamente maior nos produtos de MO (289,1 mL) em comparação ao SP (18,9 mL; $p < 0,0001$). Entre os produtos de MO, 28 foram processados para redução de hemácias e/ou plasma. O volume mediano de hemácias antes e após o processamento foi de 314,2 mL e 91,5 mL, respectivamente ($p = 0,0232$). Em SP, não houve necessidade de redução de hemácias; no entanto, 15 produtos foram submetidos à redução de plasma e 19 à redução do número de células CD34+. As medianas de CNT infundido foram $679,8 \times 10^8$ (SP) e $398,7 \times 10^8$ (MO) ($p < 0,0001$). Para CD34+, as medianas foram $436,6 \times 10^6$ (SP) e $134,4 \times 10^6$ (MO) ($p < 0,0001$). Efeitos adversos imediatos foram registrados em 15 pacientes (29 eventos) com MO e em 11 pacientes (17 eventos) com SP, com diferença estatística significativa entre as fontes ($p = 0,0145$). O tempo mediano de enxertia foi de 15,7 dias para SP e 19 dias para MO ($p = 0,6207$), sem significância estatística. **Conclusão:** Os dados indicam que a infusão de CPH provenientes de SP está associada a menor taxa de efeitos adversos imediatos e menor necessidade de manipulação do produto celular, quando comparada à MO. Esses achados reforçam a importância da escolha criteriosa da fonte de CPH, considerando a patologia de base, as condições clínicas do paciente e as características do doador.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105483>

ID - 1925

AVANÇOS RECENTES NO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: INOVAÇÕES TERAPÉUTICAS E RECOMENDAÇÕES DAS DIRETRIZES INTERNACIONAIS EM 2025

AD Fonseca, HEM Fonseca, LMD Fonseca,
ED Fonseca

Instituto de Onco-Hematologia de Natal (IOHN),
Natal, RN, Brasil

Introdução: O transplante de medula óssea (TMO) é uma intervenção curativa fundamental para diversas doenças hematológicas malignas e não malignas, incluindo leucemias

agudas, linfomas, síndromes mielodisplásicas e anemia aplásica grave. Entre 2015 e 2025, avanços significativos modificaram o cenário do TMO, com aumento da sobrevida global em até 20% em determinados subgrupos, redução de toxicidade e ampliação de acesso a pacientes antes inelegíveis. Diretrizes recentes da European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT 2024), American Society for Transplantation and Cellular Therapy (ASTCT 2023) e American Society of Hematology (ASH 2024) incorporam inovações em tipagem HLA, regimes de condicionamento, imunomodulação e terapias celulares, impactando diretamente o prognóstico e a qualidade de vida. **Objetivos:** Analisar criticamente os avanços diagnósticos, terapêuticos e de suporte no TMO, destacando inovações incorporadas às diretrizes internacionais até 2025 e discutindo perspectivas futuras. **Material e métodos:** Revisão narrativa baseada em publicações indexadas no PubMed, Embase e Scopus, diretrizes EBMT (2024), ASTCT (2023) e ASH (2024), além de ensaios clínicos fase II/III publicados entre 2018 e 2025. Foram selecionados estudos com impacto clínico documentado sobre sobrevida, toxicidade e complicações pós-TMO. **Resultados:** O uso de doadores haploidênticos expandiu o acesso, com taxas de sobrevida global semelhantes às obtidas com doadores compatíveis não aparentados. Regimes de condicionamento de intensidade reduzida (RIC) permitiram inclusão de pacientes > 65 anos e com comorbidades significativas, mantendo controle da doença com menor toxicidade. A profilaxia da doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) avançou com a introdução da ciclofosfamida pós-transplante e agentes como ruxolitinibe e belumosudil, alcançando taxas de resposta superiores a 60% em DECH refratária. A incorporação de tecnologias como citometria de alta dimensão e sequenciamento profundo possibilitou detecção ultra-sensível de doença residual mínima (MRD), guiando decisões de intensificação terapêutica. Terapias celulares pós-TMO, incluindo CAR-T anti-CD19/BCMA e células NK, mostraram eficácia em recidivas precoces, com respostas completas sustentadas em mais de 40% dos casos tratados. O suporte anti-infeccioso foi aprimorado com uso de profilaxia antifúngica baseada em risco e testes moleculares rápidos para reativação viral. **Discussão e conclusão:** Os últimos anos consolidaram o TMO como plataforma terapêutica dinâmica, integrando avanços em imunoterapia, genética e suporte clínico. Estratégias individualizadas, baseadas no perfil molecular e na monitorização de MRD, permitem melhor seleção de pacientes e redução de complicações. Persistem desafios como o custo elevado, a limitação de acesso em países de baixa e média renda e a necessidade de registros nacionais para acompanhamento a longo prazo. O cenário para 2025-2030 aponta para maior integração entre TMO e terapias celulares avançadas, expandindo indicações e potencial curativo. O TMO evoluiu substancialmente com a incorporação de regimes menos tóxicos, uso ampliado de doadores alternativos, monitoramento molecular e terapias celulares, refletindo nas diretrizes internacionais. A atualização constante e a implementação equitativa dessas estratégias são fundamentais para maximizar os resultados globais.

Referências:

- EBMT Handbook. 2024.
 D'Souza A, et al. Blood. 2023;141(1):110-122.
 Zeiser R, et al. N Engl J Med. 2021;384:1800-10.
 ASTCT Guidelines. Transplant Cell Ther. 2023;29(1):1-17.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105484>

ID - 3005

AXICABTAGENE CIROLEUCEL NO TRATAMENTO DO LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B RECIDIVADO OU REFRATÁRIO: EFICÁCIA CLÍNICA E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

DP Pinheiro ^a, MESV França ^a, BKT Costa ^a,
 DVS Silva ^a, DCA Feio ^a, HF Ribeiro ^b,
 SR Antunes ^a

^a Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (Unifamaz), Belém, PA, Brasil

^b Universidade do Estado do Pará (Campus VIII – Marabá), Marabá, PA, Brasil

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais prevalente dos linfomas não Hodgkin agressivos, caracterizado por comportamento clínico heterogêneo e alto risco de recaída ou refratariedade após o tratamento padrão. Frente às limitações terapêuticas desses casos, as células T com receptor de antígeno quimérico (CAR-T) emergem como uma alternativa inovadora. O Axicabtagene cilo-leucel (Axi-cel) foi a primeira terapia CAR-T anti-CD19 aprovada para o LDGCB, a qual atua de forma direcionada e promove respostas rápidas e duradouras. **Objetivos:** Avaliar as evidências científicas relacionadas à eficácia clínica, segurança e aplicabilidade do Axi-cel no manejo de pacientes com LDGCB recidivado ou refratário. **Material e métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases PubMed, Scopus, Embase e Web of Science, com seleção de estudos publicados entre 2019 e 2024. Foram incluídos ensaios clínicos e estudos observacionais que abordassem a eficácia e os eventos adversos associados ao Axi-cel. **Discussão e conclusão:** O Axi-cel é uma terapia autóloga anti-CD19 com domínio coestimulador CD28, que promove expansão rápida das células T. Nos estudos ZUMA-1 e ZUMA-7, as taxas de resposta objetiva foram superiores a 80%, com remissão completa em até 65% dos pacientes. A sobrevida livre de progressão mediana foi de 14,7 meses, superando significativamente a da quimioimunoterapia seguida do transplante autólogo. Os principais eventos adversos observados incluem síndrome de liberação de citocinas (93% dos casos, sendo 13% grau ≥3) e neurotoxicidade (64%, com 28% grau ≥3), além de hipogamaglobulinemia e citopenias prolongadas (acima de 4 semanas). Axi-cel demonstrou eficácia superior às terapias convencionais em pacientes com LDGCB refratário ou recidivado, inclusive como tratamento de segunda linha. Entretanto, seu uso exige infraestrutura especializada e equipes treinadas, devido ao perfil de toxicidade imunológica. A seleção adequada dos pacientes e o encaminhamento precoce, preferencialmente como segunda linha de tratamento,

à avaliação para terapia celular são fundamentais para otimizar os resultados clínicos. O Axicabtagene cilo-leucel representa um avanço significativo na terapêutica do LDGCB refratário, oferecendo altas taxas de remissão e benefício clínico sustentado. No entanto, o manejo de suas toxicidades, o alto custo e as limitações de acesso ainda são desafios para sua ampla implementação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105485>

ID - 2477

BACTEREMIA PRECOCE POR LISTERIA MONOCYTOGENES EM PACIENTE SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO HAPLOIDÉNTICO COM PROTOCOLO DE DESSENSIBILIZAÇÃO: RELATO DE CASO

BA Souza, BB Cal, JF Campos, JA Balthazar, GA Peruzini, ML Garcia, LM Brandão, NM Santana, AC Cordeiro, VA Bovolenta, TRC Fisher, TMB Silveira, MM Nascimento, JS Filho, MV Batista

AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A leucemia mielomonocítica crônica (LMMC) é uma neoplasia hematopoiética clonal com características mielodisplásicas e mieloproliferativas. Em pacientes de alto risco, o transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (TCTH) representa a única alternativa terapêutica potencialmente curativa. A presença de anticorpos anti-HLA específicos do doador (DSA) constitui obstáculo relevante ao TCTH haploidéntico, sendo que estratégias de dessensibilização, como o protocolo de Ciurea, têm sido empregadas para viabilizar o procedimento. Nesse contexto, infecções oportunistas, embora infreqüentes, configuram complicações graves, sobretudo em períodos de imunossupressão intensa. **Relato de caso:** Paciente feminina, 63 anos, portadora de LMMC de alto risco (CPSS-M = 4), com mutações em RUNX1 (R166Q) e SF3B1 (W658C). Frente à intolerância à azacitidina e progressão da doença, foi indicado TCTH alogênico. Na ausência de doador compatível, optou-se por TCTH haploidéntico com o filho como doador. Detecção de DSA com intensidade > 10.000 MFU motivou dessensibilização com plasmaférese (dias -15, -12, -9), rituximabe (D-8) e imunoglobulina intravenosa (D-7), seguida de regime de condicionamento FluCyTBI (4 Gy). No D-1, realizou-se infusão de concentrado leucocitário (buffy coat) a fresco. Após a infusão, apresentou febre em contexto de neutropenia, sendo iniciada antibioticoterapia empírica com cefepime. No D0, após infusão das células-tronco, evoluiu com reação hemolítica transfusional aguda, necessitando suporte intensivo. Hemoculturas coletadas no D-1 evidenciaram *Listeria monocytogenes*, motivando troca do antibiótico para ampicilina. Apesar de não apresentar sintomas sugestivos de acometimento neurológico, realizado investigação com ressonância magnética de crânio que mostrou alterações sugestivas de encefalite, já o líquor não identificou alterações.