

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 TERAPÊUTICAS 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 ineleáveis. 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) incorporaram 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 haploidentícos 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 CILOLEUCEL 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 ciloleucel (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 ciloleucel 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 HAPLOIDÊNTICO 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 haploidêntico, sendo que estratégias de dessensibilização, como o protocolo de Ciurea, têm sido empregadas para viabilizar o procedimento. Nesse contexto, infecções oportunistas, embora infrequentes, 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 haploidêntico com o filho como doador. Detecção de DSA com intensidade > 10.000 MFI motivou dessensibilização com plasmáfereze (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 líquido não identificou alterações.