

**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<sup>a</sup>, MESV França<sup>a</sup>, BKT Costa<sup>a</sup>,  
 DVS Silva<sup>a</sup>, DCA Feio<sup>a</sup>, HF Ribeiro<sup>b</sup>,  
 SR Antunes<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (Unifamaz), Belém, PA, Brasil

<sup>b</sup> 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  $\geq 3$ ) e neurotoxicidade (64%, com 28% grau  $\geq 3$ ), 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 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, realizou-se investigação com ressonância magnética de crânio que mostrou alterações sugestivas de encefalite, já o líquido não identificou alterações.