

ID - 3113

**MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA
ASSOCIADA À TACROLIMO EM PACIENTE PÓS
TRANSPLANTE DE CÉLULAS
HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO POR ANEMIA
APLÁSICA GRAVE**

FC Bacarin, MPS Bezerra e Sousa, LB Ribeiro,
MP Colella, AV de Jesus, TC Calunga, ITC Alves,
RdC Alcalá, C Cralceve

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP),
Campinas, SP, Brasil

Introdução: A microangiopatia trombótica (MAT) é uma complicação rara e potencialmente fatal do tacrolimo, inibidor da calcineurina amplamente utilizado em transplantes sólidos e no transplante de células hematopoéticas (TCH). Devido à rápida progressão, o diagnóstico precoce é essencial para reduzir a morbimortalidade. **Relato de caso:** Paciente masculino, 19 anos, submetido a TCH alogênico não aparentado idêntico por anemia aplásica grave (AAG) associada a clone de hemoglobinúria paroxística noturna (HPN). Em seguimento ambulatorial apresentou diagnóstico de reativação de citomegalovírus (CMV), com necessidade de uso de ganciclovir. Foi internado por febre e vômitos com duas semanas de evolução. A endoscopia digestiva alta revelou pangastrite erosiva intensa e o PCR para CMV foi indetectável, sugerindo possível doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) de trato gastrointestinal, sendo iniciado corticoterapia endovenosa. Além disso, diante da presença de vômitos e da indisponibilidade de ciclosporina endovenosa, foi trocado o imunossupressor para tacrolimo. Após um dia, apresentou precordialgia e elevação de troponina, seguidos por confusão mental, injúria renal aguda, plaquetopenia, anemia e elevado número de esquizócitos em sangue periférico. Realizada tomografia de crânio por deterioração neurológica com achado de isquemia extensa, incluindo tronco encefálico, tálamo e núcleos da base. A suspensão do tacrolimo resultou em melhora das citopenias, mas houve progressão das disfunções orgânicas, com necessidade de suporte avançado de vida em terapia intensiva e posterior óbito. **Conclusão:** A fisiopatologia da MAT induzida por tacrolimo não é totalmente esclarecida, mas se acredita que envolva lesão endotelial direta. Como em outras formas de MAT, ocorre formação de microtrombos plaquetários, gerando anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia e isquemia tecidual. As manifestações clínicas variam conforme o território vascular afetado e podem incluir hipertensão, insuficiência renal, confusão mental, convulsões e hipoxemia. O diagnóstico é clínico, mas ainda não há critérios amplamente estabelecidos. Modelos históricos incluem presença de > 4–5% de esquizócitos, elevação de DHL e disfunção renal ou neurológica. No entanto, destaca-se que a disfunção orgânica costuma ser tardia, e aguardar esses sinais pode atrasar o diagnóstico. Assim, novos critérios têm valorizado alterações precoces. O tratamento baseia-se na suspensão imediata do inibidor de calcineurina e possível substituição por outro imunossupressor, considerando que DECH pode agravar o quadro de MAT. O papel da plasmaférese na MAT pós-transplante é

controverso, já que os níveis de ADAMTS13 geralmente são normais ou levemente reduzidos. Estudos sugerem maior benefício se iniciada precocemente. O eculizumabe é uma alternativa de uso crescente, com evidências de melhora na contagem de plaquetas e redução da disfunção orgânica, embora o acesso e o custo sejam limitantes. O uso de rituximabe, bem estabelecido na púrpura trombocitopênica trombótica primária, tem sua indicação na MAT pós-TCH apoiada apenas por relatos de casos. O caso descrito ilustra a importância da vigilância clínica rigorosa de sinais/sintomas de MAT em pacientes pós-TCH. A rápida progressão do quadro reforça a necessidade de suspeição precoce e intervenção imediata.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105529>

ID - 1231

**O IMPACTO DO TRANSPLANTE DE MEDULA
ÓSSEA NO DESFECHO DOS PACIENTES COM
MIELOMA MÚLTIPLO EM UM CENTRO COM
RECURSOS LIMITADOS**

HRC Silva^a, AdM Almeida^b, JdA Santos^b,
CAR De Pinna^b, HHdM Santos^b, DD Dutra^b,
PA Fernandes^b, DMS Alencar^b, RO Malta^b,
EdQ Crusoe^b

^a Hospital Santa Izabel, Salvador, BA, Brasil

^b Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador,
BA, Brasil

Introdução: O transplante autólogo de medula óssea (TMO) é um tratamento consolidado para mieloma múltiplo (MM), com evidências de aumento da sobrevida livre de progressão de doença. No entanto, no Brasil, o acesso ao TMO permanece desigual, além de barreiras relacionadas a atrasos no diagnóstico, limitações no encaminhamento, falhas de indução e restrições institucionais. Tais obstáculos comprometem o tratamento adequado e podem afetar significativamente os desfechos clínicos em centros com recursos limitados. **Objetivos:** Avaliar o impacto da realização do TMO na primeira linha de tratamento sobre a sobrevida livre de progressão (PFS) e sobrevida global (OS) em pacientes com MM atendidos em um centro público de saúde no Brasil. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo baseado em revisão de prontuários médicos de pacientes com MM acompanhados em hospital público com unidade de transplante em que passaram no ambulatório de especialidade para MM entre Julho de 2018 e Junho de 2025. Foram coletadas variáveis clínicas e laboratoriais como idade, gênero, estadiamento (ISS, DS), tipo de cadeia monoclonal, regime de indução e dados de progressão ou óbito. A comparação entre os grupos com e sem TMO na primeira linha utilizou testes de Mann-Whitney e qui-quadrado. A sobrevida foi avaliada pelo método de Kaplan-Meier com teste de log-rank, e o hazard ratio (HR) estimado por modelo de Cox. **Resultados:** Incluímos 62 pacientes, com mediana de idade de 55,5 anos, sendo 56,5% mulheres. Os grupos foram homogêneos a variáveis e clínicas. Os principais esquemas de indução foram CTD (38,7%), VCD (33,9%) e VTD (11,3%).

Apenas 37% (n = 23) realizaram TMO na primeira linha, sendo que a mediana entre o diagnóstico e a sua realização foi de 14 meses. Os principais motivos para não realização do TMO incluíram progressão (38,5%), comorbidades (12,8%) e recusa do paciente (12,8%). A mediana de seguimento foi de 49 meses. Em 48 meses de seguimento, a mediana PFS não foi atingida no grupo TMO e em quem não realizou TMO foi de 16 meses (HR 0,23; IC95%: 0,10–0,49; p = 0,00001). Em 48 meses de seguimento, a mediana de OS não foi atingida nos dois grupos (HR 0,27; IC95%: 0,06–1,21; p = 0,0662). **Discussão e conclusão:** Nosso estudo evidencia que o transplante de medula óssea (TMO) na primeira linha de tratamento para mieloma múltiplo está associado a melhores desfechos clínicos, especialmente em termos de sobrevida livre de progressão, mesmo em um cenário com limitações estruturais. Entretanto, a taxa de realização do TMO em nossa coorte foi consideravelmente inferior à relatada em registros internacionais, refletindo barreiras relevantes de acesso no sistema público de saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105530>

ID - 2963

O PAPEL DO ANTÍGENO LEUCOCITÁRIO HUMANO NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS E NA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO

MFSAR Fernandes, JR Souza

Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, PB, Brasil

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é uma importante terapia para diversas doenças, como leucemias, linfomas, anemia aplástica, mielomas e distúrbios de imunodeficiência. No Brasil, o Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) reúne 5,7 milhões de doadores cadastrados, mas a compatibilidade entre doador e receptor ainda é um grande desafio. Esse processo depende do sistema de antígenos leucocitários humanos (HLA), responsável por reconhecer e distinguir moléculas próprias de estranhas. O polimorfismo do HLA permite a apresentação de uma variedade de antígenos, viabilizando uma resposta imune eficaz. Em contrapartida, quando se trata de transplantes, essa diversidade é um fator desafiador para a correspondência entre doadores e receptores. No contexto, a doença do enxerto contra o hospedeiro (GVHD) é a complicação mais grave do TCTH, na qual as células do receptor sofrem ataques e danos das células do doador, podendo causar danos severos e até fatais. **Objetivos:** Descrever a importância do Antígeno Leucocitário Humano no contexto do transplante de medula óssea e analisar seu impacto no desfecho da doença do enxerto contra o hospedeiro. **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, exploratório-descritivo, qualitativa, utilizando-se as bases de dados PubMed e Science Direct. Artigos originais e relatos de casos contendo o texto na íntegra, publicados em inglês entre 2020-2024 foram incluídos neste estudo. Artigos em outros idiomas

e que envolviam outros tipos de transplantes foram excluídos. A busca retornou 1.413.537 artigos, sendo selecionados 36 trabalhos. **Discussão e conclusão:** Os desfechos do TCTH são influenciados por fatores como a compatibilidade HLA, anticorpos específicos, antígenos menores, NIMA/NIPA, ABO e idade do doador. Incompatibilidade ABO maior se associou a recuperação hematológica lenta, menor sobrevida e maior falha do enxerto. Idade avançada do doador piora a mortalidade, independente da idade do receptor. Entre irmãos, GVHD aguda II-IV foi menor com doadores incompatíveis com NIMA do que com NIPA. Observou-se que as incompatibilidades HLA-A e HLA-C foram associadas ao aumento do risco de GVHD crônica moderada a grave. Ainda, baixos níveis de HLA-E solúvel bem como o genótipo HLA-E*01:03/*01:03 foram associados ao risco de mortalidade. Determinadas incompatibilidades podem não apenas ser toleradas, mas também desejáveis, por favorecerem o enxerto e a sobrevida do paciente. Neste aspecto, as incompatibilidades de HLA classe II, sobretudo em HLA-DR, HLA-DQ e HLA-DP não permissivo, foram associadas a uma melhora significativa na sobrevida global e redução de recidiva. Estratégias para reduzir a GVHD sem comprometer a eficácia do transplante incluem: depleção de células T naive, que mostrou-se eficaz ao reduzir a GVHD preservando a resposta antitumoral, células-tronco mesenquimais, com potencial para diminuir a GVHD e manter a sobrevida livre de doença e regimes com ciclofosfamida pós-transplante que demonstraram redução na incidência de GVHD com perfis de segurança aceitáveis, apesar do risco de reativação viral. Em suma, os avanços na compreensão dos fatores imunogenéticos que influenciam os desfechos do TCTH evidenciam a complexidade do processo e indicam a necessidade de uma abordagem minuciosa na seleção de doadores que considere fatores além do HLA para aprimorar a individualização das estratégias terapêuticas a fim de reduzir complicações, especialmente a GVHD.

Referências: Valentini et al. (2021). Murthy et al. (2023).

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105531>

ID - 2826

OPTIMIZATION OF MANNAN-SPECIFIC CHIMERIC ANTIGEN RECEPTOR (M-CAR) TO ENHANCE T CELL ACTIVATION AGAINST FUNGAL SPECIES

JG Guimarães^a, GY De Campos^a, ES De Moura^b, MP Machado^b, PKMO Brito^b, TA Da Silva^a

^a Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), Araraquara, SP, Brazil

^b Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brazil

Introduction: Invasive fungal infections (IFI) remain severe and underappreciated causes of disease, and associated with high morbidity and mortality worldwide. *Candida albicans* impacts strongly the incidence of IFI, and non-*albicans Candida* species have emerged as a growing global public health