

doença de órgão-alvo. Todos foram tratados preemptivamente (cutoff PCR > 250 UI/mL), com rastreio semanal até D +30, ou até 30 dias após suspensão de corticoide. Todos haviam recebido corticoide em dose alta e tocilizumabe (1-3 doses); três apresentavam CD4 < 100 céls/mm³. A reativação de CMV pode ocorrer no pós-CAR-T, especialmente em pacientes com fatores de risco como uso de corticoide e/ou tocilizumabe. O rastreio e tratamento preemptivo seguem protocolos institucionais, e há necessidade de estudos adicionais para definir estratégias ideais de detecção e manejo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105548>

ID - 3127

RECIDIVA PÓS CAR-T CELL: RELATO DE TRÊS CASOS

AA Zanette, ALM Rodrigues, MP Beltrame, MLLC Brito, EB Mendes, FCM Santos, JAZ Rosa, MF Caleffi

Hospital Erastinho, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A terapia celular com células CAR-T representa não apenas um avanço científico significativo, mas também uma nova esperança para pacientes com doenças refratárias. Descrevemos três pacientes do sexo masculino, portadores de neoplasias refratárias, submetidos à terapia celular, com acompanhamento por citometria de fluxo (CF). **Relato de caso:** Caso 1: 16 anos, LLA-B. Ao diagnóstico cariótipo normal, sem infiltração em SNC e sem alteração molecular. Previamente recebeu os protocolos: RE-LLA (ao final da indução fase 2 DRM de 38,36%), citarabina e etoposídeo, hiperceavad, blinatumimabe – medula pós 59,7% de blastos. Realizado protocolo com topotecano, com DRM ao final de 3,8%. Recebeu linfodepleção com Fludarabina 120 mg/m² e Ciclofosfamida 1000 mg/m² seguida da 1^a da terapia celular. Após CAR-T controles medulares negativos, porém recidivou 3 meses pós primeira infusão. Repetido topotecano e o paciente foi submetido a segunda infusão de CAR-T. No d+14 foi detectado blastos no SP por CF. Prescrito novo protocolo com vincristina e peg seguidas de três doses de inotuzumabe. Pte adquiriu remissão medular e foi submetido a TMO haploidéntico com a irmã, condicionamento com Cy-TBI. No D+100 nova recidiva com 40,6% de blastos. Segue em cuidados paliativos. Caso 2: 9 anos, LLA-B. Suspeita de síndrome de Cowden. Ao diagnóstico cariótipo 47, XY, +X [15]/46, XY [5] e painel FISH com IGH alterada. Refratário ao protocolo GBTLI-21. Iniciado segunda linha de tratamento com Blinatumomabe. Apesar do primeiro ciclo CRM negativa, entretanto sem doadores disponíveis para TMO (filho adotivo). Seguiu com quatro ciclos de blinatumomabe, e no final do quarto ciclo houve progressão com 63% blastos. Resgate realizado com protocolo de topotecano. Ao final, encaminhado para CAR-T, previamente a infusão apresentou o melhor controle de doença – 0,01% de blastos. Recebeu linfodepleção com Fludarabina 120mg/m² e Ciclofosfamida 1000mg/m². Após CAR-T obteve CRM negativa, mas apresentou recidiva 03 meses pós infusão. Repetido protocolo com topotecano, vincristina e dexametasona seguido de segunda

infusão de CAR-T. Imunofeno pré segundo CAR-T com 6,8% de blastos. No d+7 pós CAR-T detectado blastos no SP. Proposto novo protocolo com vincristina e peg seguidas de duas doses de inotuzumabe. Após remissão medular, foi submetido a TMO NAP (cordão umbilical). Paciente evoluiu com broncopneumonia e faleceu no D+27 pós TMO, sem sinais de pega medular. Caso 3: 5 anos, diagnóstico de leucemia/linfoma Burkitt (LNH). Diag. 91% de blastos em MO e cariótipo complexo e hipodiploide. Realizou tratamento com o protocolo NHL-BFM 2012. Primeira recidiva medular 4 meses do término do tto. Realizou 2º linha de com o protocolo ALL R3 seguido de TMO haplo com o pai. Após 9 meses do TMO apresentou segunda recidiva, isolada em pele com lesão em couro cabeludo que após tratamento radioterápico local evoluiu com progressão para MO e ossos. Realizado protocolo BFM REZ 2002. Na sequência submetido a CAR-T, na avaliação pré, PET negativo e DRM positiva 3,6%. Realizada linfodepleção com fludarabina e ciclofosfamida. Apesar da infusão apresentou DRM e PET-CT negativos. Nove meses após o tto, nova avaliação da MO evidenciou recidiva. O paciente foi submetido a um novo protocolo de resgate, apresentou choque séptico e óbito. **Conclusão:** Recidivas pós Car-T cell apresentam um prognóstico muito reservado e a triagem desses pacientes com CF é essencial para diagnóstico precoce e definição de conduta.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105549>

ID - 474

REDOME (2020-2024): PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES E IMPLICAÇÕES PARA TCTH NO BRASIL

SDB Pacheco, NA da Silva, RC de Oliveira, PS da Silva, LN Guimarães

Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (HEMOPA), Belém, PA, Brasil

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é uma terapia vital para diversas doenças hematológicas [1]. No Brasil, o Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) [2] é crucial para viabilizar esses procedimentos, dada a complexidade da compatibilidade HLA e a diversidade genética populacional [3]. Compreender o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados é fundamental para otimizar buscas por doadores e aprimorar políticas de saúde em hematologia, visando um TCTH eficaz. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico de pacientes cadastrados no REDOME (2020-2024), considerando distribuição regional, sexo, faixa etária e raça, para subsidiar ações estratégicas de TCTH no Brasil. **Material e métodos:** Estudo transversal descritivo, dados secundários anonimizados do REDOME (2020-2024). Variáveis: região, sexo, idade, raça. Análise descritiva de frequências e tendências. Ética dispensada (Portaria CNS nº 510/2016) por dados abertos. **Resultados:** O REDOME registrou crescimento de pacientes: 1.532 (2020) para 2.235 (2024), aumento de 45,9%. Em 2024, Sudeste concentrou maioria (52,13%), seguido por Nordeste (18,88%) e Sul (17,99%).