

soroprevalência variável, sendo mais comum em países africanos e na região do Mediterrâneo. O sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia endotelial associada ao vírus HHV-8, cuja apresentação clássica é caracterizada por múltiplas lesões pigmentadas, planas ou elevadas, indolores e sem desaparecimento à pressão. O SK é mais comum em pacientes com imunossupressão, como no caso da síndrome da imunodeficiência adquirida. No transplante de órgãos sólidos ou no transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), o SK pode ocorrer de forma iatrogênica. O objetivo deste relato é descrever um caso de SK após TCTH alogênico. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 50 anos, negro, com diagnóstico prévio de leucemia/linfoma T do adulto, variante linfomatoide, submetido a TCTH alogênico aparentado HLA-idêntico em novembro de 2023. Em fevereiro de 2025, em vigência de imunossupressão com prednisona e sirolimo por doença do enxerto contra hospedeiro crônica (DECHc) de trato gastrointestinal (TGI) baixo, o paciente apresentou pápula eritemato-violácea, de consistência firme e bem delimitada, em bolsa escrotal, sem vasos à dermatoscopia e sem outras lesões cutâneas. Foi realizada biópsia por punch, com exame anatomopatológico demonstrando proliferação vascular/endotelial atípica sob a forma de nódulo dérmico, com positividade para o HHV-8 na imuno-histoquímica, compatível com sarcoma de Kaposi. Realizou-se estadiamento com PET-CT e endoscopia digestiva, sem outros locais acometidos. O paciente, então, foi diagnosticado com sarcoma de Kaposi localizado, e foi realizada a redução da imunossupressão e iniciado o acompanhamento com a dermatologia. Até agosto de 2025, a paciente não apresentou novas lesões sugestivas de SK. **Conclusão:** Até 2022, foram descritos menos de 50 casos de SK em pacientes submetidos a TCTH. A incidência estimada é de 0,05% no TCTH autólogo, e de 0,17% no TCTH alogênico. Pode apresentar-se como forma localizada, geralmente mucocutânea, ou multissistêmica, acometendo principalmente pulmões e TGI. O tratamento varia conforme a extensão da doença, incluindo redução ou retirada da imunossupressão, exérese da lesão (se superficial e localizada), quimioterapia sistêmica, antivirais como cidofovir e foscarnete, e interferon. Apesar dos poucos relatos existentes, o SK parece apresentar prognóstico favorável na população submetida a TCTH.

Referências:

CESARMAN, Ethel; CHADBURN, Amy; RUBINSTEIN, Paul G. KSHV/HHV8-mediated hematologic diseases. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, v. 139, n. 7, p. 1013-1025, 2022.

CESARMAN, Ethel et al. Kaposi sarcoma. *Nature reviews Disease primers*, v. 5, n. 1, p. 9, 2019.

CESARO, Simone et al. Incidence and outcome of Kaposi sarcoma after hematopoietic stem cell transplantation: a retrospective analysis and a review of the literature, on behalf of infectious diseases working party of EBMT. *Bone marrow transplantation*, v. 55, n. 1, p. 110-116, 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105557>

ID - 627

SEGURANÇA E ASSISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS COM SUPORTE TRANSFUSIONAL

JM Lopes ^a, SD Gomes ^b

^a Pulsa Rio, Volta Redonda, RJ, Brasil

^b UGB, Volta Redonda, RJ, Brasil

Introdução: A infusão de células-tronco hematopoéticas (CTH) é um procedimento fundamental no manejo de diversas doenças hematológicas, oncológicas e imunológicas. Entretanto, trata-se de uma intervenção complexa, que envolve riscos transfusionais, imunológicos e hemodinâmicos. A implementação de protocolos assistenciais rigorosos e a atuação multidisciplinar, especialmente da equipe de enfermagem, são determinantes para assegurar a segurança do paciente, reduzir complicações e garantir a efetividade terapêutica. **Objetivos:** Avaliar a segurança clínica e a assistência na administração de CTH, com ênfase no suporte transfusional adotado durante o procedimento e na ocorrência de eventos adversos. **Material e métodos:** Estudo clínico observacional, prospectivo, realizado entre janeiro de 2023 e maio de 2025, em serviços especializados em terapia celular. Foram incluídos 42 pacientes adultos, submetidos a transplante autólogo ou alogênico de CTH. Dados clínicos, transfusionais e assistenciais foram coletados por meio de análise de prontuários e protocolos institucionais. As variáveis analisadas incluíram: tipo de transplante, volume e tipo de hemocomponente utilizado, incidência de reações transfusionais, intercorrências durante a infusão e tempo médio de recuperação hematológica. A assistência de enfermagem foi avaliada quanto à adesão aos protocolos de monitoramento, identificação precoce de sinais de toxicidade e manejo de reações adversas. A análise estatística foi descritiva, com cálculo de frequências e médias por meio do software SPSS v.25. **Discussão e conclusão:** Dos 42 pacientes avaliados, 71% foram submetidos a transplante autólogo e 29% a alogênico. O suporte transfusional incluiu concentrado de hemácias (85,7%) e plaquetas (64,3%), administrados conforme critérios clínicos e laboratoriais. Foram registradas 6 reações transfusionais leves (14,3%), todas controladas com medidas de suporte imediato, sem necessidade de interrupção do procedimento. O tempo médio de infusão de CTH foi de 22 minutos. A atuação da equipe de enfermagem apresentou 98% de conformidade com os protocolos institucionais de monitoramento clínico, contribuindo para a detecção precoce de sinais adversos e intervenções rápidas. A recuperação hematológica (neutrófilos > 500/mm³) ocorreu, em média, no 11º dia pós-infusão. Os resultados reforçam a importância de protocolos clínico-assistenciais bem estruturados e da assistência qualificada na administração segura de CTH com suporte transfusional. A baixa incidência de complicações e a elevada adesão aos protocolos demonstram que a padronização dos cuidados e o treinamento contínuo da equipe são fundamentais para

garantir segurança ao paciente. O suporte transfusional adequado, com base em critérios clínicos e laboratoriais, minimiza riscos imunológicos e hemodinâmicos. Conclui-se que a integração entre equipe multidisciplinar, uso de tecnologia e protocolos atualizados eleva a qualidade da assistência, e sugere-se a ampliação de estudos multicêntricos para padronização nacional de boas práticas na terapia celular.

Referências:

Appelbaum, F. R. (2007). Hematopoietic-cell transplantation at 50. *New England Journal of Medicine*, 357(15), 1472-1475.

Costa, L. C., et al. (2020). Multidisciplinary approach in hematopoietic stem cell transplantation: Nursing role. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), e20180455.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105558>

ID - 2449

SEPARAÇÃO POR FICOLL HYPAQUE DAS FRAÇÕES LINFOMONONUCLEAR E GRANULOCÍTICA PARA ANÁLISE DO QUIMERISMO NAS DIFERENTES POPULAÇÕES CELULARES

AS Gomes, ACL Alves, MRA Gomes, JTG Lima, FT Gamb, VAR Rozato, ASS Ibanez, CMM Parrode, CM Lustosa, ACR Correa, ACRD Bronzoni, EA Viana, LL Quintino, LS Domingos, MGAD Matos, RM Amaral, RG Vasconcelos, VC Ginani, OMWO Félix, SRC Toledo, A Seber

Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com Câncer, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: No transplante de células-tronco hematopoiéticas alogênico, o quimerismo completo, ou seja, a presença de células sanguíneas apenas do doador, pode evitar rejeição do enxerto e recidiva da doença de base. Células residuais do paciente e células do doador são quantificadas no sangue periférico ou na medula óssea de maneira seriada pela análise de repetições curtas em tandem (STR), pequenas repetições em tandem dispersas no genoma humano, com grande variabilidade entre os indivíduos. A presença de quimerismo misto em granulócitos ou linfócitos, dependendo da doença de base do paciente, pode guiar a terapia com aumento ou redução da imunossupressão e até mesmo indicar a infusão de linfócitos do doador para evitar a rejeição e recidiva da doença. Devido ao alto custo dos métodos de separação imunológicos (colunas biotina/avidina) ou baseados em citometria de fluxo (sorting) e a ampla disponibilidade da separação por ficoll-hypaque no serviço, esta metodologia foi implantada no serviço na monitorização de doenças não malignas após o transplante. **Objetivos:** Relatar nossa experiência no monitoramento do quimerismo em amostras de DNA extraídas das células linfomononucleares e granulócitos de pacientes submetidos ao transplante alogênico. **Material e métodos:** Foi utilizada amostra de sangue periférico coletada em edta e diluída na proporção 1:1 em solução fisiológica. O produto foi

adicionado cuidadosamente acima da camada de solução de ficoll em um tubo de polietileno com capacidade para 15ml e levado a uma centrifugação baixa (1600 rpm ou 400 g) por 30 minutos. Durante a centrifugação ocorre uma migração diferencial resultando na formação de camadas de células linfomononucleares e granulócitos bem diferenciadas. Com o auxílio de uma pipeta graduada de 2 ml, a camada linfocitária foi transferida para um tubo e granulócitos para outro tubo. As células foram ressuspensas em solução fisiológica e realizada duas centrifugações a 3000rpm, por 10 minutos, à temperatura ambiente, com freio para lavagem do sobrenadante. O STR foi realizado através da amplificação simultânea de 24 locos STR por PCR (reação em cadeia da polimerase) e eletroforese capilar, utilizando o kit GlobalFiler®PCR, um painel multiplex de 24 locos STR, sendo 21 autossômicos e 3 loci dos cromossomos sexuais. A eletroforese capilar foi realizada no Genetic Analyzer 3500® e os dados foram analisados qualitativa e quantitativamente no software GeneMapperIDX1.4®. **Resultados:** No período de dezembro de 2021 a junho de 2025 realizamos o total de 80 separações da fração linfomononuclear e granulocítica de amostras de sangue periférico de 28 pacientes. A mediana de idade foi de 8 anos (1–23), 61% do sexo masculino. Os pacientes coletaram uma mediana de duas amostras em momentos distintos, variando de uma a sete coletas. Foram detectados 15 quimerismos completo, 18 mistos apenas na linhagem linfomononuclear, 45 mistos na linhagem granulocítica. Somente 3 amostras tiveram resultados inconclusivos, 1 na linhagem linfomononuclear e 2, granulocítica. A quantidade de células linfomononuclear pós ficoll enviadas para o STR foi de $4 \times 10^6/\text{mL}$ (0,6-13) e granulocítica $3 \times 10^6/(0,5-9)$. **Discussão e conclusão:** A separação de células por gradiente de densidade por ficoll hypaque para avaliar quimerismo é factível e excelente estratégia para determinar a necessidade de exames complementares mais específicos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105559>

ID - 232

SHORT-CHAIN FATTY ACID-PRODUCING GUT MICROBIOTA: DYNAMICS AND IMPACT ON INTESTINAL PERMEABILITY AND CLINICAL OUTCOMES DURING ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION

A Soares Ferreira Junior^a,
D Amanda Niz Alvarez^a, L Da Silva Souza^a,
L Dias Machado^a, N Linares Silva^a,
J Victor Piccolo Feliciano^b, I Colturato^c,
G Maurício Navarro Barros^d, P Scheinberg^e,
G Lelis Vilela De Oliveira^a

^a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Botucatu, SP, Brazil

^b Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (Funfarmed), São José do Rio Preto, SP, Brazil

^c Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP, Brazil