

ID – 2311

TEMPO DENTRO DO ALVO TERAPÊUTICO DE PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME REALIZANDO ERITROCITAFÉRESE: EXPERIÊNCIA DE CENTRO ÚNICO

SLA Parente Filho, SAT Barbosa, AKS Lucas, VM de Paiva, LM de Oliveira, MdS Meireles, NCM de Castro, MF Nobre, MdC Magalhães, FLN Benevides

Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A taxa de incremento (TI) da hemoglobina S (HbS) é um parâmetro utilizado para estimar o agendamento do retorno dos pacientes para novas sessões de eritrocitaférese (ECF). Para pacientes com AVC prévio, deve-se almejar um alvo de HbS (A-HbS) < 30%, porém em muitos casos, o A-HbS pode ser flexibilizado para < 50%. **Objetivos:** Estimar, por meio da TI, o tempo que os pacientes em ECF passam dentro do A-HbS estipulado. **Material e métodos:** Análise retrospectiva de registros de procedimentos de ECF realizados entre agosto/2023 e abril/2025 em pacientes com A-HbS estipulado. A TI de cada paciente foi obtida calculando-se a média da velocidade de incremento de HbS entre cada procedimento, que foi dada pela diferença entre HbS pré-procedimento (HbS-pré) e a HbS pós-procedimento anterior (HbS-pós), dividido pelo número de dias entre os dois procedimentos. A diferença entre HbS-pré e o A-HbS estipulado foi dividido pela TI para estimar o número de dias fora do alvo terapêutico, quando HbS-pré for superior ao A-HbS. **Resultados:** Onze pacientes com A-HbS determinado foram incluídos, dos quais 4 possuem A-HbS de 50%, 1 de 30% desde o início e 6 iniciaram com A-HbS de 50% e migraram para 30% ao decorrer do acompanhamento. Os pacientes estavam participando no programa de ECF por um tempo total mediano de 278 dias (IQR 520,5 – 578 dias) com intervalo mediano entre as sessões de 36,5 dias (IQR 31,25 – 40 dias). Apresentaram TI mediana de 0,79%/dia (IQR 0,70 – 0,81%/dia) e passaram uma mediana de 91,9% (IQR 81,8 – 94,3%) do tempo dentro do A-HbS estipulado. **Discussão e conclusão:** Os achados da nossa amostra corroboram o benefício da ECF demonstrado na literatura. Alguns destes pacientes realizavam troca eritrocitária manual antes de iniciar o programa de ECF e, neste período, não temos evidência que em momento algum eles estiveram dentro do A-HbS, o que contrasta com o dado de mais cerca de 90% dentro do A-HbS com uso da eritrocitaférese. **Conclusão:** A nossa experiência corrobora que a ECF é um tratamento eficaz para manter os pacientes com anemia falciforme dentro do A-HbS.

Referências:

1. Rogers K, et al. Using the daily rate of rise in hemoglobin S to manage RBC depletion/exchange treatment in sickle cell disease. *Transfusion*. 2024;64(4):685-92.
2. Choi J, et al. Hemoglobin S target of <50% as compared to 30% in chronic red cell exchange for secondary stroke prevention in sickle cell disease. *J Clin Apher*. 2023;38(6):677-84.

ID – 1320

USO DA FOTOFÉRESE TERAPÊUTICA NO MANEJO DA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO CRÔNICA DE PELE E FÍGADO: RELATO DE CASO EM CENTRO ESPECIALIZADO

AD Fonseca^a, HEM Fonseca^a, ED Fonseca^a, LMD Fonseca^a, MGPCM Fonseca^b, EAF Medeiros^c, VPAS Freitas^d, FSA Guimarães^e, DK Santos^d

^a Instituto de Onco-Hematologia de Natal, Natal, RN, Brasil

^b UNINOVE Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil

^c Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil

^d Centro Universitário Facex (UNIFACEX), Natal, RN, Brasil

^e Universidade Potiguar (UNP), Natal, RN, Brasil

Introdução: A Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH) é uma complicação imunológica grave que pode ocorrer após o transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas. Caracteriza-se por uma resposta imunológica do enxerto contra os tecidos do receptor, afetando principalmente pele, fígado e trato gastrointestinal. Na forma crônica, a DECH apresenta manifestações clínicas variadas e de longa duração, exigindo manejo especializado e, muitas vezes, refratário às terapias imunossupressoras convencionais. Nesse cenário, a Fotoférese Terapêutica surge como uma alternativa imunomoduladora eficaz e bem tolerada, especialmente em pacientes com comprometimento cutâneo e hepático significativo. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, 55 anos, branco, com histórico de transplante de medula óssea alogênico aparentado, realizado em 01 de julho de 2016, evoluiu com quadro de DECH crônica, com acometimento de pele e fígado. Apresentava manifestações clínicas importantes, como desnutrição grave, xerostomia, xeroftalmia, eritema, prurido intenso e descamação cutânea generalizada. Ao exame físico, observou-se pele ressecada, descamativa, com prurido difuso, mucosas secas e autoestima prejudicada, mantendo boa rede venosa periférica. Exames laboratoriais evidenciaram elevação das enzimas hepáticas. O histórico familiar incluía câncer de pele no pai, câncer hepático na mãe e doença renal crônica no irmão, transplantado renal. Diante da refratariedade clínica e das limitações das terapias imunossupressoras convencionais, foi iniciado tratamento com Fotoférese Terapêutica, em sessões semanais, totalizando 48 sessões ao ano, mantidas conforme resposta clínica. A intervenção teve início em abril de 2022. Após seis meses de tratamento, observou-se melhora significativa dos sintomas, com regressão do eritema, alívio do prurido, melhora da xerostomia e da xeroftalmia, além da recuperação progressiva do estado nutricional. O paciente mantém acompanhamento com Fotoférese Terapêutica semanal, sem intercorrências ou eventos adversos relevantes, apresentando boa tolerabilidade ao tratamento. **Conclusão:** Este relato de caso reforça a eficácia e segurança da Fotoférese Terapêutica no manejo da Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro crônica com acometimento cutâneo e hepático. A melhora significativa dos sintomas

clínicos, a ausência de efeitos adversos relevantes e a boa tolerabilidade do tratamento destacam a Fotoférese Terapêutica como uma alternativa terapêutica promissora em contextos de refratariedade às terapias convencionais. A experiência clínica apresentada contribui para a prática baseada em evidências e enfatiza a importância de abordagens individualizadas em centros especializados para o cuidado de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea.

Referências:

1. Zeiser R, von Bubnoff N, Butler J, et al. Ruxolitinib for glucocorticoid-refractory chronic graft-versus-host disease. *N Engl J Med.* 2021;384(18):1800-10. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2033122>
2. Penack O, Socié G, Duarte RF, et al. Delphi consensus on second-line therapies for steroid-refractory chronic graft-versus-host disease. *Bone Marrow Transplant.* 2025. [Ahead of print] <https://www.nature.com/articles/s41409-025-02687-y>
3. Ali MM, Williams KM, Imran H, et al. Prospective phase II study of extracorporeal photopheresis in chronic graft-versus-host disease. *Transplant Cell Ther.* 2023;29(4):204.e1–204.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jtct.2023.01.004>
4. Zeiser R, Blazar BR. Pathophysiology of chronic graft-versus-host disease and therapeutic targets. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1609337>

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105608>

ID – 1230

UTILIZAÇÃO DE PLASMAFERESE TERAPÊUTICA EM PACIENTE COM SHUa: RELATO DE CASO

AHV de Almeida ^a, JE Di Giacomo ^b,
TdO Santos Briet Marchesi ^a, DSF da Costa ^c,
JQ de Paula Jardim ^d, R Bizzetto ^a, MCC Uebele ^e

^a GSH, São José dos Campos, SP, Brasil

^b GSH, São Paulo, SP, Brasil

^c GSH, Atibaia, SP, Brasil

^d GSH, Cruzeiro, SP, Brasil

^e GSH, Santos, SP, Brasil

Introdução: A Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU) é uma síndrome rara e grave do sistema microvascular caracterizada por anemia hemolítica microangiopática não-imune, trombocitopenia e falência renal aguda. A causa mais frequente da doença são as infecções por bactérias produtoras de Shiga-toxina, principalmente a *Escherichia coli*. Em cerca de 10% dos casos de SHU, sem associação com a toxina, a doença passa a ser classificada como Síndrome Hemolítica Urêmica atípica (SHUa). Segundo os protocolos internacionais, o tratamento inclui eculizumabe e terapia de suporte (plasmaferese e/ou transplante renal). Antes da introdução do eculizumabe, a plasmaferese era a única opção para SHUa. Mais da metade dos pacientes evoluíram com insuficiência renal terminal ou óbito. **Descrição do caso:** O estudo descreve um caso de uma paciente diagnosticada com SHUa sem disponibilidade imediata do Ecuzumabe, necessitando de Plasmaferese com Plasma Fresco para controle de fase aguda da

doença até o início de Ecuzumabe em um hospital do interior de São Paulo. Foi analisado o prontuário da paciente: Puérpera (15 dias do pós-parto cesárea – primigesta), deu entrada no hospital com mal estar, cefaleia frontal intensa e náusea há 7 dias. Pressão arterial habitual era 100 × 70 mmHg e no atendimento estava 130 × 90 mmHg. Nega episódios prévios semelhantes. Relata antecedente de glomerulonefrite na infância. Em exames complementares foi visualizado Hemoglobina 6,5 Plaquetas 88000, DHL 1499, reticulócitos 3,30, creatinina 6,38, sendo encaminhada para UTI para suporte, onde recebeu 02 Concentrados de Hemácias Filtrados. Como tratava-se de anemia hemolítica microangiopática com plaquetopenia e alteração da função renal, fora investigado SHUa ou PTT, que pode ocorrer em puérperas, especialmente quando imunomediada pelo C3, solicitado ADAMs 13 que veio normal, concluindo o diagnóstico de SHUa. Foi iniciado hemodiálise e solicitado Ecuzumabe. Sem o acesso imediato ao medicamento, foi solicitado plasmaferese para controle da doença. Fez 8 sessões diárias de plasmaferese, mas apresentava importante reação alérgica ao plasma. Como ocorreu estabilidade de resposta, optado por suspender a plasmaferese. Apresentou complicações de sobrecarga volêmica e infecciosa sendo realizada intubação e suporte ventilatório, revertidas. Evoluiu com alteração do nível de consciência e foi retomado a plasmaferese por mais 13 sessões, até a chegada do Ecuzumabe. **Conclusão:** A plasmaferese, mesmo sem o uso do medicamento específico, teve papel crucial na sobrevida da paciente e na estabilização da doença até a chegada do Ecuzumabe. O caso mostra que, embora não seja o tratamento de primeira linha para a SHUa, a plasmaferese foi eficaz na fase aguda, contribuindo para a recuperação. Assim, pode ser considerada uma terapia adjunta relevante, especialmente em emergências ou quando o tratamento principal ainda não está disponível, auxiliando na melhora clínica e na preservação renal.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105609>

ID – 669

VALIDAÇÃO DA SEPARADORA CELULAR AMICUS PARA COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS PERIFÉRICAS EM DOADORES ALOGÊNICOS

C de Almeida-Neto ^a, CHdS Almeida ^a,
TCPM Pedro ^a, GL de Souza ^a, AO dos Santos ^a,
CZ dos Santos ^b, SdP Alves ^b,
JAP Gonçalves-Júnior ^c, VR Daniel ^a,
DC de Freitas ^a, HB de Carvalho ^b,
A Mendrone-Junior ^a, V Rocha ^b

^a Fundação Pró-Sangue - Hemocentro de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Departamento de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP, Brasil

^c Fresenius-Kabi, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A separadora celular Amicus® (Fresenius-Kabi, Lake Zurich, IL) é amplamente utilizada na coleta