

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 ecilizumabe e terapia de suporte (plasmaferese e/ou transplante renal). Antes da introdução do ecilizumabe, a plasmaferese era a única opção para SHUa. Mais da metade dos pacientes evoluíam com insuficiência renal terminal ou óbito. **Descrição do caso:** O estudo descreve um caso de uma paciente diagnosticada com SHUa sem disponibilidade imediata do Ecilizumabe, necessitando de Plasmaferese com Plasma Fresco para controle de fase aguda da

doença até o início de Ecilizumabe 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 Ecilizumabe. 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 Ecilizumabe. **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 Ecilizumabe. 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

automatizada de concentrado de plaquetas. No entanto, a crescente demanda por coleta de células periféricas para transplantes e terapias com células CAR-T tem aumentado substancialmente a necessidade de equipamentos de leucaférese no mundo todo. A introdução de um software específico de separação celular permitiu a expansão da aplicação da Amicus para procedimentos de leucaférese. **Objetivos:** Relatamos nossa experiência na validação do sistema Amicus® para coleta de células progenitoras hematopoéticas (CPH) periféricas em doadores alogênicos, com foco na viabilidade técnica e na eficiência do procedimento. **Material e métodos:** Para a validação foram realizados nove procedimentos de leucaférese em oito doadores alogênicos. Os doadores foram mobilizados com GCSF por 5-6 dias. O desfecho primário estabelecido foi a obtenção de $\geq 5 \times 10^6$ células CD34+/kg para cada transplante. Foram avaliados dados antropométricos, parâmetros laboratoriais pré e pós-coleta e variáveis relacionadas ao processamento. Também foram analisados os resultados quantitativos das células CD34+ coletadas, hematócrito, volume hemático residual em cada produto, coeficiente de eficácia do procedimento e ocorrência de eventos adversos durante a coleta. **Resultados:** Realizamos nove coletas, sendo que uma doadora doou duas vezes em dois dias consecutivos. Do total, três doadores eram homens, cinco mulheres e a volemia média dos doadores foi de 4,4 L. Em relação à compatibilidade ABO, observou-se incompatibilidade maior em quatro, menor em duas e bidirecional em uma coleta. A contagem média de células CD34+ no sangue periférico no dia da coleta foi de 70,6/mm³ (intervalo: 37,4-113,7), com percentual médio de 0,19% (variando de 0,11%-0,29%). As médias dos parâmetros laboratoriais pré-coleta foram: hemoglobina (Hb) 13,4 g/dL, leucócitos $45,3 \times 10^3/\text{mm}^3$ e plaquetas $213,6 \times 10^3/\text{mm}^3$. Após a coleta, os valores médios foram: Hb 12,5 g/dL, leucócitos $55,1 \times 10^3/\text{mm}^3$ e plaquetas $185,4 \times 10^3/\text{mm}^3$. Quanto ao produto coletado, a mediana de células CD34+ obtidas foi de $6,2 \times 10^6/\text{kg}$ (intervalo: 1,6-17,4), com viabilidade superior a 97% em todos os produtos. O hematócrito médio das unidades coletadas foi de 4,3%, e o volume hemático residual médio foi de 11,6 mL (variando de 5,6-18,5 mL). O coeficiente médio de eficiência foi de 51,7% (variação: 34,2%-75,4%). O volume médio processado foi de 14,9 L e a volemia média de 3,1 volemias em tempo médio de 306 minutos. Reações adversas leves foram observadas em três coletas (33,3%) de doadores distintos. **Discussão e conclusão:** A validação do sistema Amicus® para coleta de células progenitoras hematopoéticas periféricas em doadores alogênicos demonstrou viabilidade técnica e segurança. Todos os procedimentos atingiram o objetivo mínimo de CD34+ para transplante com volume residual de hemácias < 20mL. O coeficiente médio de eficácia e a alta viabilidade celular indicam desempenho satisfatório do equipamento. As alterações laboratoriais pós-coleta foram discretas e compatíveis com o esperado para esse tipo de procedimento. A baixa incidência de eventos adversos, todos leves, reforça o perfil de segurança da plataforma. Concluindo, o sistema Amicus® mostrou-se eficaz e seguro para a coleta de CPH periféricas em doadores alogênicos representando uma alternativa viável para ampliação da capacidade de coleta em centros de transplante.

ANTÍGENOS DAS CÉLULAS DO SANGUE

ID – 951

A CRIOPRESERVAÇÃO DE MONÓCITO RETIRADAS DE BOLSAS DE BUFFYCOAT. UMA FERRAMENTA VIÁVEL PARA A EXECUÇÃO DO MMA

JVB Oliveira, CS Nivardo, RA Derre Junior,
MCAV Conrado, V Rocha, A Mendrone-Junior,
CL Dinardo

Fundação Pro-sangue, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A técnica de MMA (Ensaio de Monocamada de monócito), técnica que auxilia na prevenção de reações hemolíticas pós transfusionais, utiliza células de bolsas de sangue total contendo alta concentração de leucócitos para o isolamento dos monócitos. Essa etapa é extremamente importante e impacta diretamente na realização da técnica uma vez que as amostras precisam ser frescas para que as células estejam funcionais, porém nem sempre a oferta de bolsas nessa condição condiz com a urgência da realização da técnica. Aperfeiçoar a parte da obtenção das células, bem como compreender a metodologia e manuseio é fundamental para garantir a integridade e viabilidade das células. **Objetivos:** Esse trabalho tem como objetivo padronizar a criopreservação desses monócitos para uso posterior nos ensaios de MMA, e avaliar as condições de integridade e eficiência dessas células após um período de congelamento. **Material e métodos:** O procedimento de congelamento dos monócitos envolve várias etapas importantes para garantir uma boa viabilidade. Primeiramente as células são isoladas a partir de uma bolsa contendo 89 mL residuais de buffy-coat, provenientes das bolsas de sangue total coletadas no mesmo dia; essas células são lavadas para remoção dos resíduos, e então ressuspensas em meio RPMI em uma concentração $3,7 \times 10^7$ monócito/mL. Nessas células então são adicionadas uma solução crioprotetora, (mistura de RPMI 1640 40%, solução fetal bovina 40% (inativado) e DMSO 40%), e submetidas a um resfriamento gradual no freezer (24 horas) e depois passando ao congelamento em nitrogênio líquido. O descongelamento dessas células ocorreu após três meses, onde os tubos foram colocados em banho-maria 37°C. Após completo descongelamento as células foram lavadas em meio RPMI previamente aquecidas, analisadas em microscópio ótico digital, para ver a viabilidade através do uso do Azul de Tripán, e a funcionalidade foi testada através do ensaio de MMA com amostras conhecidamente positivas e utilizando amostra buffy-coat contendo 94 mL no mesmo dia usadas em paralelo. **Resultados:** As análises do impacto da criopreservação foram realizadas em paralelo com amostras de monócitos frescos. Os resultados de viabilidade indicaram uma degradação mínima nas amostras congeladas quando comparadas a amostra fresca e aos dados anteriores a criopreservação. Com relação a efetividade celular, tanto as células frescas quanto as congeladas foram submetidas ao MMA contra hemácias sensibilizadas com anti-D e o resultado obtido foi o mesmo em ambos os grupos. **Discussão e Conclusão:** O congelamento de monócitos proveniente de bolsas de Buffy-coat frescas demonstrou