Referências:

EBMT Handbook. 2024.
D'Souza A, et al. Blood. 2023;141(1):110-122.
Zeiser R, et al. N Engl J Med. 2021;384:1800-10.
ASTCT Guidelines. Transplant Cell Ther. 2023;29(1):1-17.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105484

ID - 3005

AXICABTAGENE CILOLEUCEL NO TRATAMENTO DO LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B RECIDIVADO OU REFRATÁRIO: EFICÁCIA CLÍNICA E DESAFIOS DE IMPLEMENTAÇÃO

DP Pinheiro [a], MESV França [a], BKT Costa [a], DVS Silva [a], DCA Feio [a], HF Ribeiro [b], SR Antunes [a]

[a] *Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (Unifamaz), Belém, PA, Brasil*
[b] *Universidade do Estado do Pará (Campus VIII – Marabá), Marabá, PA, Brasil*

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais prevalente dos linfomas não Hodgkin agressivos, caracterizado por comportamento clínico heterogêneo e alto risco de recaída ou refratariedade após o tratamento padrão. Frente às limitações terapêuticas desses casos, as células T com receptor de antígeno quimérico (CAR-T) emergem como uma alternativa inovadora. O Axicabtagene ciloleucel (Axi-cel) foi a primeira terapia CAR-T anti-CD19 aprovada para o LDGCB, a qual atua de forma direcionada e promove respostas rápidas e duradouras. **Objetivos:** Avaliar as evidências científicas relacionadas à eficácia clínica, segurança e aplicabilidade do Axi-cel no manejo de pacientes com LDGCB recidivado ou refratário. **Material e métodos:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura nas bases PubMed, Scopus, Embase e Web of Science, com seleção de estudos publicados entre 2019 e 2024. Foram incluídos ensaios clínicos e estudos observacionais que abordassem a eficácia e os eventos adversos associados ao Axi-cel. **Discussão e conclusão:** O Axi-cel é uma terapia autóloga anti-CD19 com domínio coestimulador CD28, que promove expansão rápida das células T. Nos estudos ZUMA-1 e ZUMA-7, as taxas de resposta objetiva foram superiores a 80%, com remissão completa em até 65% dos pacientes. A sobrevida livre de progressão mediana foi de 14,7 meses, superando significativamente a da quimioimunoterapia seguida do transplante autólogo. Os principais eventos adversos observados incluem síndrome de liberação de citocinas (93% dos casos, sendo 13% grau ≥3) e neurotoxicidade (64%, com 28% grau ≥3), além de hipogamaglobulinemia e citopenias prolongadas (acima de 4 semanas). Axi-cel demonstrou eficácia superior às terapias convencionais em pacientes com LDGCB refratário ou recidivado, inclusive como tratamento de segunda linha. Entretanto, seu uso exige infraestrutura especializada e equipes treinadas, devido ao perfil de toxicidade imunológica. A seleção adequada dos pacientes e o encaminhamento precoce, preferencialmente como segunda linha de tratamento, à avaliação para terapia celular são fundamentais para otimizar os resultados clínicos. O Axicabtagene ciloleucel representa um avanço significativo na terapêutica do LDGCB refratário, oferecendo altas taxas de remissão e benefício clínico sustentado. No entanto, o manejo de suas toxicidades, o alto custo e as limitações de acesso ainda são desafios para sua ampla implementação.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105485

ID - 2477

BACTEREMIA PRECOCE POR LISTERIA MONOCYTOGENES EM PACIENTE SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA ALOGÊNICO HAPLOIDÊNTICO COM PROTOCOLO DE DESSENSIBILIZAÇÃO: RELATO DE CASO

BA Souza, BB Cal, JF Campos, JA Balthazar, GA Peruzini, ML Garcia, LM Brandão, NM Santana, AC Cordeiro, VA Bovolenta, TRC Fisher, TMB Silveira, MM Nascimento, JS Filho, MV Batista

AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A leucemia mielomonocítica crônica (LMMC) é uma neoplasia hematopoiética clonal com características mielodisplásicas e mieloproliferativas. Em pacientes de alto risco, o transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (TCTH) representa a única alternativa terapêutica potencialmente curativa. A presença de anticorpos anti-HLA específicos do doador (DSA) constitui obstáculo relevante ao TCTH haploidêntico, sendo que estratégias de dessensibilização, como o protocolo de Ciurea, têm sido empregadas para viabilizar o procedimento. Nesse contexto, infecções oportunistas, embora infrequentes, configuram complicações graves, sobretudo em períodos de imunossupressão intensa. **Relato de caso:** Paciente feminina, 63 anos, portadora de LMMC de alto risco (CPSS-M = 4), com mutações em RUNX1 (R166Q) e SF3B1 (W658C). Frente à intolerância à azacitidina e progressão da doença, foi indicado TCTH alogênico. Na ausência de doador compatível, optou-se por TCTH haploidêntico com o filho como doador. Detecção de DSA com intensidade > 10.000 MFI motivou dessensibilização com plasmaférese (dias −15, −12, −9), rituximabe (D−8) e imunoglobulina intravenosa (D−7), seguida de regime de condicionamento FluCyTBI (4 Gy). No D−1, realizou-se infusão de concentrado leucocitário (*buffy coat*) a fresco. Após a infusão, apresentou febre em contexto de neutropenia, sendo iniciada antibioticoterapia empírica com cefepime. No D0, após infusão das células-tronco, evoluiu com reação hemolítica transfusional aguda, necessitando suporte intensivo. Hemoculturas coletadas no D−1 evidenciaram *Listeria monocytogenes*, motivando troca do antibiótico para ampicilina. Apesar de não apresentar sintomas sugestivos de acometimento neurológico, realizado investigação com ressonância magnética de crânio que mostrou alterações sugestivas de encefalite, já o líquor não identificou alterações.