

^c Hospital São Camilo Pompeia, Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, Bio'Sanas, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A cistite hemorrágica viral é uma complicação conhecida após transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) devido a imunossupressão inerente a esta modalidade terapêutica. O adenovírus é uma causa importante, podendo cursar com hematúria persistente, disúria intensa, aumento de demanda transfusional e insuficiência renal, sendo seu manejo complexo. Descrevemos caso de cistite hemorrágica de difícil, porém bem-sucedido, controle no pós-TCTH alogênico. **Relato de caso:** Masculino, 52 anos, com diagnóstico de policitemia vera JAK2 V617F mutada em 2008, evoluindo para mielofibrose em 2022, com DIPSS plus e MIPSS70 de risco intermediário e citopenas persistentes, com alta necessidade transfusional de hemácias e plaquetas, sintomas B e esplenomegalia sintomática de cerca de 15 cm. Ruxolitinib e TCTH alogênico foram indicados. Infusão de 6×10^6 CD34+/kg células progenitoras providas de doador haploidentico (filho, 32 anos), fonte sangue periférico, condicionamento FluBu4Cy, profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH ou GvHD) com Ciclofosfamida pós-transplante, micofenolato e ciclosporina (CsA). Ruxolitinib suspenso na aplasia. Enxertia neutrofílica no D+22. Evoluiu no D+60 com hematúria macroscópica, sendo iniciado hidratação e investigação. Seus exames demonstraram carga viral urinária $> 2 \times 10^9$ cópias/mL para adenovírus. Tentado redução da imunossupressão vigente (CsA) e posteriormente troca de CsA por sirolimo (até a suspensão no D+75) junto de sessões diárias de sessões de câmara hiperbárica, conforme sugestão da equipe de Infectologia. Paciente persistiu com hematúria e redução parcial da carga viral de adenovírus, sendo indicado terapia sistêmica com cidofovir (5 mg/kg)+probenecida e ciprofloxacino empírico. Não houve resposta clínica, havendo persistência da hematúria, culminando com queda de hemoglobina e necessidade de suporte transfusional intenso. Uma avaliação da equipe de Urologia foi solicitada, sendo realizado cistoscopia endoscópica via uretral que revelou interior do globo vesical universalmente friável com intensa cistite hemorrágica, sem possibilidade de qualquer cauterização ou remoção de coágulo. Optou-se em infusão de cidofovir intravesical (375 mg com soro fisiológico 0.9% 100 mL) no D+90 e no D+105, sob sedação. Houve clareamento progressivo da urina e franca melhora sintomática e das citopenias. No D+106, paciente realizou reavaliação da doença oncohematológica de base, obtendo resultado de quimerismo em 97% do doador e JAK2 V617F indetectável. Nessa data, documentou-se negatificação da carga viral sérica e urinária do adenovírus. O paciente recebeu alta hospitalar com seguimento ambulatorial e se encontra clinicamente bem até o momento da descrição deste relato. **Conclusão:** Há poucos relatos da administração de cidofovir intravesical. Conforme descrito em séries de casos, nosso paciente teve resposta excelente com esta modalidade terapêutica, sem complicações renais e já tendo sido previamente exaurido as demais opções de antiviral endovenoso, redução da imunossupressão e abordagem urológica. O cidofovir intravesical é uma opção terapêutica para cistite hemorrágica por adenovírus em pacientes já sem imunossupressão e refratários a cidofovir endovenoso.

ID - 1251

COLETA DE LINFÓCITOS DE DOADOR SEM AFÉRESE: ALTERNATIVA DE BAIXO CUSTO PARA EXTRAÇÃO DE LINFÓCITOS T CD3+ A PARTIR DE SANGUE TOTAL

FB Bher, AF Silva, PTR Almeida

Instituto Pasquini de Hemoterapia e Hematologia, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A infusão de linfócitos doador (DLI) é uma estratégia terapêutica no manejo de neoplasias hematológicas recidivadas após o transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas. Com a crescente adoção de transplantes haploidenticos, há renovado interesse na utilização de DLI para tratamento e prevenção de recaídas no período pós-transplante. **Objetivos:** Padronizar um método simples, eficiente e reprodutível para obtenção de alíquotas de linfócitos a partir de sangue total, utilizando centrifugação em gradiente de densidade e extração manual das camadas celulares. **Material e métodos:** Foram utilizadas 20 unidades de sangue total, coletadas em bolsas com anticoagulante CPDA-1, refrigeradas (4–8°C) e processadas em até 24h após a coleta. As amostras foram submetidas a cinco protocolos distintos de centrifugação para identificar aquele com melhor recuperação de linfócitos CD3⁺. Avaliaram-se viabilidade celular e dosagem de CD3⁺ por citometria de fluxo antes e após o processamento. A separação das camadas celulares (plasma rico em plaquetas, camada leucocitária e hemácias) foi realizada com extrator manual. Uma segunda centrifugação da fração leucocitária foi aplicada para reduzir o volume de plasma residual e concentrar a população celular. **Resultados:** Entre as cinco variações de centrifugação testadas na primeira etapa, sendo essa a mais importante, maiores forças centrífugas proporcionaram melhor separação das camadas celulares e maior recuperação de linfócitos CD3⁺, sem resíduos significativos de linfócitos no concentrado de hemácias. As centrifugações foram realizadas por 5 minutos com freio nível 3. Foram testadas 11 amostras, com velocidades entre 2400 e 3000 rpm. Destas, 55% apresentaram recuperação de CD3⁺ $> 75\%$, 36% entre 50-75% e 9% abaixo de 50%. Nas amostras aprovadas ($\geq 75\%$ de recuperação), obteve-se média de $6,36 \times 10^8$ células CD3⁺/mL no produto final. **Discussão e conclusão:** O procedimento permite a infusão de pequenas alíquotas de DLI a fresco ou criopreservadas, representando alternativa eficaz à coleta por aférese, que pode exigir internação, cateter central e longa duração. Já a coleta de sangue total requer apenas flebotomia simples, podendo ser realizada com segurança mesmo em ambientes com infraestrutura limitada. Essa abordagem é vantajosa em doadores pediátricos, pois o protocolo é gradual, demanda pequenos volumes e reduz riscos e desconfortos. A infusão de DLI é relevante em transplantes pediátricos, auxiliando na prevenção da rejeição do enxerto em doenças hematológicas benignas e no controle da recidiva leucêmica em pacientes de alto risco. Concluímos que, o método avaliado é promissor como alternativa menos invasiva para o doador e eficaz para a produção de alíquotas celulares. É simples, econômico, de fácil execução, e pode atender, de forma segura, à necessidade de

infusão de pequenas quantidades de linfócitos, adaptando-se ao contexto clínico individual.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105492>

ID - 1505

CONDICIONAMENTO MIELOABLATIVO DE TOXICIDADE REDUZIDA NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS ALOGÊNICO PARA TRATAMENTO DA DOENÇA FALCIFORME EM CRIANÇAS E ADULTOS: EXPERIÊNCIA DE UM ÚNICO CENTRO BRASILEIRO

TCM Costa^a, LGL Darrigo-Júnior^b, CES Grecco^b, FTC Pieroni^a, ABPL Stracieri^a, JBE Dias^a, ACTC Silva-Pinto^a, GC De Santis^c, BP Simões^a, F Traina^a

^a Departamento de Imagens Médicas, Hematologia e Oncologia Clínica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

^c Centro de Terapia Celular e Hemocentro de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil

Introdução: A doença falciforme (DF) é a doença hereditária mais frequente no mundo e suas taxas de mortalidade permanecem altas, apesar dos avanços no tratamento. O transplante de células progenitoras hematopoéticas (TCPH) alogênico é a única opção de tratamento curativo disponível no Brasil. Os melhores desfechos são observados em pacientes jovens submetidos a TCPH alogênico aparentado HLA idêntico, após um regime de condicionamento mieloablativo. Em pacientes adultos ou com comorbidades, condicionamentos de intensidade reduzida ou não mieloablativos têm sido avaliados. **Objetivos:** Analisar os resultados do TCPH alogênico aparentado HLA idêntico para tratamento da DF, utilizando regime de condicionamento mieloablativo de toxicidade reduzida. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo observacional de 60 pacientes com DF (30 crianças, < 16 anos) submetidos ao TCPH alogênico com condicionamento mieloablativo de toxicidade reduzida, contendo fludarabina (120-150 mg/m²), bussulfano (9,6-12,8 mg/kg) e ATG (4,5-10,0 mg/kg), entre janeiro de 2008 e janeiro de 2025, em um único centro brasileiro. Metotrexato e ciclosporina foram utilizados como profilaxia de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). Os dados foram coletados de prontuário médico, foi feita a análise de sobrevida global (SG), sobrevida livre de evento (óbito e falha de enxertia) (SLE), sobrevida livre de falha de enxertia e de DECH aguda grau III-IV ou crônica com necessidade de tratamento imunossupressor (do inglês, GRFS), com o método de Kaplan-Meier, além de incidência cumulativa de DECH aguda e crônica, no software R. Valores

de $p < 0,05$ foram considerados significantes. **Resultados:** A idade mediana foi de 15 anos (variação, 7-35 anos), 53% dos participantes eram do sexo masculino, 36% estavam em tratamento com hidroxiureia e regime de transfusão crônica, 80% tinham anemia falciforme (HbSS). Doença cerebrovascular esteve presente em 58% dos pacientes (77% em crianças) e 22% apresentavam aloimunização eritrocitária. Medula óssea foi a fonte de células progenitoras hematopoéticas em 97% (os demais receberam sangue periférico); a média da dose (DP) de células nucleadas totais foi de $3,88 \times 10^8/\text{kg}$ ($\pm 1,48$); 60% dos transplantes eram isogrupos no sistema ABO e 65% dos doadores tinham traço falciforme. A mediana de seguimento (IIQ) dos pacientes foi de 73 (30-122) semanas. Todos os pacientes enxertaram, exceto uma criança que faleceu no D+14 por falência de múltiplos órgãos devido a complicações relacionadas à refratariedade transfusional (aloimunização grave). O quimerismo do D+30 e 1 ano pós-TCPH foi misto em 84% e 79% dos casos, respectivamente. A SG, SLE e GRFS 2 anos pós-TCPH foi de 93% (IC 95%: 86-100); 80% (IC 95%: 70-91) e 72% (IC 95%: 85-61), respectivamente, e não foi diferente entre crianças e adultos. A incidência cumulativa de falha de enxertia, de DECH aguda grau III-IV e de DECH crônica com necessidade de imunossupressão em 2 anos foi de 10%, 5% e 5%, respectivamente. A SG em pacientes aloimunizados contra antígenos eritrocitários foi inferior à dos pacientes não aloimunizados ($p = 0,001$). **Discussão e conclusão:** O TCPH com condicionamento mieloablativo de toxicidade reduzida resultou em desfechos semelhantes na população adulta e pediátrica. O uso de TCPH com regime de condicionamento mieloablativo de toxicidade reduzida (FluBu+ATG) é uma opção viável e segura para tratamento da DF em adultos e crianças.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105493>

ID - 2565

CONTROLE DA CONTAMINAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE PRODUTOS DE TERAPIA CELULAR COLETADOS POR AFÉRESE PARA TRANSPLANTE

AB Araújo, MS Lobo, JM Furlan, GD Salton, MH Angeli, LM Röhsig

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: A contaminação microbiológica por fungos e bactérias pode ocorrer durante a coleta e/ou manipulação de produtos de terapia celular. O controle microbiológico está entre os testes previstos na legislação para análise da qualidade dos produtos e tem importância para a segurança do transplante, visto a condição de imunossupressão dos pacientes. **Objetivos:** Avaliar a contaminação microbiológica de produtos de terapia celular coletados por aférese no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e a utilização destes, tanto em doadores autólogos, quanto alogênicos. **Material e métodos:** Foi realizada uma pesquisa retrospectiva nos registros dos exames microbiológicos de todas as coletas