

^d Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brazil

^e Hospital Beneficência Portuguesa, São Paulo, SP, Brazil

Introduction: In patients undergoing allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (allo-HSCT), intestinal permeability has emerged as a potential prognostic marker for adverse clinical outcomes. International studies have linked increased permeability to gastrointestinal toxicity, more severe Graft-versus-host disease (GvHD), and reduced gut microbiota diversity. However, its impact on clinical outcomes in Brazilian patients remains largely unexplored. **Aim:** In this study, using a cohort of Brazilian patients, we sought to evaluate the impact of intestinal permeability on mortality and GvHD incidence. **Material and methods:** This multicenter prospective cohort study, approved by the Research Ethics Committee, included allo-HSCT patients aged > 12 years. Only patients with blood samples collected before conditioning (D-7) and on the day of infusion (D0) were included. Zonulin, a regulator of intestinal permeability via tight junctions, was measured by ELISA. The association between zonulin levels, mortality and GvHD was evaluated using the independent samples t-test, chi-square test, and Fisher's exact test. Zonulin levels at both time-points (D-7 and D0) were analyzed as continuous variables and as categorical variables based on predefined cutoff values. **Results:** Blood samples at D-7 and D0 were analyzed from 46 patients enrolled in the study. Among them, 14 developed GvHD and 6 died. Zonulin levels, assessed as a continuous variable, showed no significant differences between patients with or without GvHD (D-7: 64.2 vs. 58.6 ng/mL, $p = 0.559$; D0: 64.2 vs. 58.3 ng/mL, $p = 0.726$) or between survivors and non-survivors (D-7: 56.6 vs. 61.5 ng/mL, $p = 0.664$; D0: 64.6 vs. 52.5 ng/mL, $p = 0.527$). By stratifying patients based on median zonulin levels, we also found no significant association with GvHD (D-7: 35.0% vs. 36.8%, $p = 0.905$; D0: 39.1% vs. 33.3%, $p = 0.717$) or mortality (D-7: 14.2% vs. 12.5%, $p = 1.000$; D0: 16.0% vs. 9.5%, $p = 0.673$). **Discussion and conclusion:** Our findings indicate a lack of association between zonulin levels and key clinical outcomes such as GvHD and mortality in this cohort. This divergence from previously reported associations may reflect differences in patient populations, timing of sample collection, or the limitations of zonulin as a marker of intestinal permeability in this setting. While zonulin may not serve as a relevant prognostic factor in Brazilian patients undergoing allo-HSCT, larger multicenter studies using different intestinal permeability assessment methods are required to confirm these findings.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105545>

ID - 1013

PROVÁVEL SÍNDROME DE ROWELL INDUZIDA POR RIVAROXABANA: RELATO DE CASO

JM Cavalcante, MSS Arcadipane, FR Bruniera, NKH Ferreira, GM Pozzobon, RN Ferraz, GD Souza, MS Ferreira, GDO Silva, BMZ Abdalla

Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil

Introdução: O uso de rivaroxabana (RVXA) tem sido cada vez mais frequente, diante do perfil de risco-benefício favorável também nas idades mais avançadas. Sua principal reação adversa é a hemorragia, entretanto, apesar de raras, também podem ocorrer reações dermatológicas, de 1-3%, principalmente em crianças, sendo elas majoritariamente farmacodermias. Este artigo discute possíveis diagnósticos diferenciais de um caso suspeito de Síndrome de Rowell (SR), que consiste em uma manifestação rara do lúpus eritematoso sistêmico (LES), com lesões eritema multiforme (EM)-like, e neste caso em específico, fármaco induzido, também pouco descrito com a RVXA. **Objetivo:** Alertar para a possibilidade de reações dermatológicas graves e raras induzidas pelo uso de RVXA. **Método:** Estudo observacional, retrospectivo, baseado em relato de caso. **Relato de caso:** Paciente feminina, 84 anos, com histórico de tromboflebite em membros inferiores, recebeu prescrição de RVXA 20 mg pelo cirurgião vascular. Após alguns dias, evoluiu com erupções cutâneas disseminadas, pruriginosas, avermelhadas, elevadas, por vezes bolhosas, cercadas por um halo claro, em formato de alvo, sem acometimento mucoso. Após avaliação clínica, além da descontinuação imediata da medicação e troca para apixabana, foi iniciado corticoterapia e anti-histamínicos, com melhora do quadro. Concomitantemente, a paciente realizou biópsia de pele e outros exames complementares, identificando dermatite de interface vacuolar e perivascular com leve deposição de mucina em derme com hipótese provável de EM, não podendo descartar lúpus cutâneo. Resultados de exames constavam FAN 1:1280 (nuclear pontilhado fino), anti-SSA e anti-SSB positivos, Anti-DNA, Anti-histona, Anti-SM e Anti-RNP negativos, além de anemia de doença crônica e marcadores de atividade inflamatória elevados, sendo então, iniciado hidroxycloquina, corroborando também para melhora do quadro da paciente. Diante disso, após correlação de dados e avaliação criteriosa, paciente recebeu diagnóstico de provável SR induzida por RVXA, com boa resposta ao tratamento proposto. **Conclusão:** Esse caso enfatiza uma apresentação incomum de erupção cutânea provavelmente induzida pelo uso de rivaroxabana e abre discussão para alguns diagnósticos diferenciais: EM major x SR exigindo atenção, suspeição clínica, diagnóstico preciso, descontinuação da droga e instituição de tratamento imediato. A vigilância clínica, o reconhecimento precoce e pesquisas adicionais sobre o mecanismo exato dessa complicação são cruciais para um diagnóstico preciso e tratamento oportuno, visando minimizar a morbidade e garantir a segurança do paciente, especialmente na população idosa.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105546>

ID - 1789

QUANDO INDICAR TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA PARA LINFOMA DE HODGKIN CLÁSSICO?

GLS Cordeiro, JSC Silva, FF Nobrega, VCM Sousa, ADS Jesus, ECP Sousa, LF Alves, LLR Matos, LKA Rocha

Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin clássico (LHC) é caracterizado pela presença das células de Reed-Sternberg, inflamação e envolvimento linfonodal, hepático e/ou esplênico. Atualmente possui como base de tratamento a classificação entre estágios precoce favorável ou desfavorável, ou estágio avançado, algo que tem determinado a escolha do esquema poliquimioterápico ideal. O presente estudo prima pela identificação de indicações específicas para a aplicação do transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), principalmente para aqueles casos que envolvem recidiva ou refratariedade. **Objetivos:** O objetivo foi identificar em quais cenários clínicos o transplante de medula óssea autólogo ou alogênico é indicado no tratamento do LHC. **Material e métodos:** Foi realizada uma revisão de literatura na base de dados PUBMED, no período de 2010 a 2025. Utilizaram-se os descritores: "Hodgkin Disease" AND "Bone Marrow Transplantation" AND "indications". A busca resultou em 9 artigos. Foram excluídos relatos e séries de caso, restando 5 artigos selecionados que focavam exclusivamente nas indicações do transplante de medula óssea, dos quais estavam inclusos artigos originais, revisões sistemáticas e estudos prospectivos. **Resultados:** Todos os estudos inclusos foram unânimes em afirmar que o TCTH, seja autólogo ou alogênico, é expressamente indicado nos casos clínicos em que ocorre recorrência ou refratariedade. Nesse sentido, um dos estudos evidenciou o benefício de aumentar a sobrevida global e a sobrevida livre de progressão, em 36 meses, de 63% para 79% ($p < 0,001$) e de 49% para 60% ($p < 0,001$), respectivamente, para o transplante autólogo. Para o transplante alogênico, observou-se aumento da sobrevida global, em 36 meses, de 21% para 61% ($p < 0,001$) e a sobrevida livre de progressão de 15% para 43% ($p < 0,001$). Dessa maneira, a terapia de resgate tem como objetivo restabelecer a quimiossensibilidade, para tornar viável o TCTH. No entanto, a maioria dos estudos ainda reforça que a escolha pelo TCTH, especialmente o alogênico, deve ser reservada como opção terapêutica somente para aqueles casos refratários ou recidivados após terapêutica padrão. **Discussão e conclusão:** Apesar dos avanços nas técnicas de TCTH e da diminuição e controle das complicações como a doença do enxerto contra o hospedeiro, o TCTH, seja autólogo ou alogênico, ainda permanece como opção terapêutica de segunda ou, inclusive, de terceira linha. No entanto, dados recentes indicam melhora significativa nos desfechos clínicos ao longo dos anos, como o aumento da sobrevida global e do tempo de sobrevida livre de progressão. Esses avanços reforçam sua eficácia em casos selecionados, especialmente após falha da terapêutica padrão.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105547>

ID - 1850

REATIVAÇÃO DE CITOMEGALOVÍRUS APÓS TERAPIA CAR-T: UMA COMPLICAÇÃO SUBESTIMADA – SÉRIE DE CASOS

HD Andrade^a, FMRA Moreira^a,
GTP Candelaria^a, MN Kerbaury^a,
LFA Camargo^a, CDB Gonçalves^a, JTC Azevedo^a,
JAP Godoy^a, RMA Paiva^a, DC Oliveira^a,

RJ Orentas^b, F Kunkel^c, M de Lima^d,
MCB Velloso^a, FF Assir^a, AAF Ribeiro^a,
AT Kondo^a, JM Kutner^a, N Hmaerschak^a,
LN Kerbaury^a

^a Einstein Hospital Israelita, São Paulo, SP, Brasil

^b Lentigen Technology, Inc., a Miltenyi Biotec Company, Estados Unidos

^c Miltenyi Biotec B.V. & Co., Alemanha

^d The Ohio State University, Estados Unidos

Introdução: A reativação do citomegalovírus (CMV) após a infusão de células CAR-T é a complicação viral mais comum nesse cenário, especialmente até o D+30, embora sua relevância clínica seja frequentemente subestimada. Dada a natureza recente da terapia com CAR-T, não há diretrizes específicas para rastreamento e manejo dessa complicação, sendo a prática clínica baseada em protocolos institucionais e extrapolações de recomendações do transplante de medula óssea. Relatamos uma série de quatro casos de reativação de CMV em pacientes tratados com CAR-T acadêmico transduzido a partir de um vetor lentiviral anti-CD19 scFv com domínio coestimulatório 4-1BB, produzidas em regime point-of-care, no contexto de um ensaio clínico fase I, unicêntrico, não randomizado, para doenças linfoproliferativas B. **Relato de caso:** Caso 1: Homem, 25 anos, LLA-B, pós-TMO alogênico, recebeu CAR-T (5×10^5 /kg). Evoluiu com SLC grau 2 (D+7) e ICANS grau 1 (D+8), tratados com tocilizumabe (2 doses) e dexametasona (141 mg cumulativa correspondente). No D +42, apresentou reativação de CMV (PCR 5855 UI/mL) durante neutropenia grau 4, CD4 51 céls/mm³ (D+30). Tratado com valganciclovir por 17 dias, com negatificação viral. Caso 2: Homem, 69 anos, LLC, pós-TMO alogênico (11 linhas), recebeu CAR-T (1×10^6 /kg). Teve SLC grau 1 (D+1) e IEC-HS (D+15), tratados com tocilizumabe, anakinra (8 dias) e dexametasona (352 mg cumulativa correspondente). No D+37, reativação (374 UI/mL), em neutro/linfopenia grau 3, CD4 89 céls/mm³. Recebeu foscarnet por 11 dias, com negatificação em 9 dias. Caso 3: Mulher, 42 anos, LDGCB, recebeu CAR-T (2×10^6 /kg). Desenvolveu SLC grau 1 e ICANS grau 3 (D+4), tratados com tocilizumabe (3 doses) e dexametasona (1148 mg cumulativa correspondente). No D+24, reativação (661 UI/mL), associada a infecção cutânea, neutropenia grau 2, linfopenia grau 3, CD4 34 céls/mm³. Tratada com ganciclovir, foscarnet e maribavir por 29 dias. Carga viral aumentou (2460 UI/mL) no D+11, com negatificação no D+28. Caso 4: Mulher, 66 anos, LLC, recebeu CAR-T (2×10^6 /kg). Teve SLC grau 1 (D+1) e novo episódio no D +16 (pico de expansão), tratados com tocilizumabe (3 doses) e dexametasona (352 mg cumulativa correspondente). Reativação no D+32 (609 UI/mL), neutropenia grau 2, CD4 637 céls/mm³ (D+30). Tratada com foscarnet por 14 dias, com negatificação em 12 dias. **Conclusão:** Poucos estudos prospectivos avaliaram reativação de CMV em pacientes soropositivos tratados com CAR-T, com incidência de 17-44% e 9-11% para CMV clinicamente significativo (PCR > 1000 UI/mL). A média de tempo até reativação foi de 19-21 dias, sem doença de órgão-alvo. Fatores de risco descritos incluem altas doses de corticoides, SLC/ICANS graus 3-4, uso de tocilizumabe/anakinra e CD4 < 100 céls/mm³. No estudo CARTHIAE, entre 11 pacientes tratados, 4 apresentaram reativação de CMV, sem