

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 ($5 \times 10^5/\text{kg}$). 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 ($1 \times 10^6/\text{kg}$). 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 ($2 \times 10^6/\text{kg}$). 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 ($2 \times 10^6/\text{kg}$). 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

doença de órgão-alvo. Todos foram tratados preemptivamente (cutoff PCR > 250 UI/mL), com rastreio semanal até D +30, ou até 30 dias após suspensão de corticoide. Todos haviam recebido corticoide em dose alta e tocilizumabe (1-3 doses); três apresentavam CD4 < 100 céls/mm³. A reativação de CMV pode ocorrer no pós-CAR-T, especialmente em pacientes com fatores de risco como uso de corticoide e/ou tocilizumabe. O rastreio e tratamento preemptivo seguem protocolos institucionais, e há necessidade de estudos adicionais para definir estratégias ideais de detecção e manejo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105548>

ID - 3127

RECIDIVA PÓS CAR-T CELL: RELATO DE TRÊS CASOS

AA Zanette, ALM Rodrigues, MP Beltrame, MLLC Brito, EB Mendes, FCM Santos, JAZ Rosa, MF Caleffi

Hospital Erastinho, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: A terapia celular com células CAR-T representa não apenas um avanço científico significativo, mas também uma nova esperança para pacientes com doenças refratárias. Descrevemos três pacientes do sexo masculino, portadores de neoplasias refratárias, submetidos à terapia celular, com acompanhamento por citometria de fluxo (CF). **Relato de caso:** Caso 1: 16 anos, LLA-B. Ao diagnóstico cariótipo normal, sem infiltração em SNC e sem alteração molecular. Previamente recebeu os protocolos: RE-LLA (ao final da indução fase 2 DRM de 38,36%), citarabina e etoposídeo, hipercevad, blinatumimabe – medula pós 59,7% de blastos. Realizado protocolo com topotecano, com DRM ao final de de 3,8%. Recebeu linfodepleção com Fludarabina 120 mg/m² e Ciclofosfamida 1000 mg/m² seguida da 1ª da terapia celular. Após CAR-T controles medulares negativos, porém recidivou 3 meses pós primeira infusão. Repetido topotecano e o paciente foi submetido a segunda infusão de CAR-T. No d+14 foi detectado blastos no SP por CF. Prescrito novo protocolo com vincristina e peg seguidas de três doses de inotuzumabe. Pte adquiriu remissão medular e foi submetido a TMO haploidêntico com a irmã, condicionamento com Cy-TBI. No D+100 nova recidiva com 40,6% de blastos. Segue em cuidados paliativos. Caso 2: 9 anos, LLA-B. Suspeita de sínd de Cowden. Ao diagnóstico cariótipo 47, XY, +X [15]/46, XY [5] e painel FISH com IGH alterada. Refratário ao protocolo GBTLI-21. Iniciado segunda linha de tratamento com Blinatumomabe. Após primeiro ciclo DRM negativa, entretanto sem doadores disponíveis para TMO (filho adotivo). Seguiu com quatro ciclos de blinatumomabe, e no final do quarto ciclo houve progressão com 63% blastos. Resgate realizado com protocolo de topotecano. Ao final, encaminhado para CAR-T, previamente a infusão apresentou o melhor controle de doença – 0,01% de blastos. Recebeu linfodepleção com Fludarabina 120mg/m² e Ciclofosfamida 1000mg/m². Após CAR-T obteve DRM negativa, mas apresentou recidiva 03 meses pós infusão. Repetido protocolo com topotecano, vincristina e dexametasona seguido de segunda

infusão de CAR-T. Imunofeno pré segundo CAR-T com 6,8% de blastos. No d+7 pós CAR-T detectado blastos no SP. Proposto novo protocolo com vincristina e peg seguidas de duas doses de inotuzumabe. Após remissão medular, foi submetido a TMO NAP (cordão umbilical). Paciente evoluiu com broncopneumonia e faleceu no D+27 pós TMO, sem sinais de pega medular. Caso 3: 5 anos, diagnóstico de leucemia/linfoma Burkitt (LNH). Diag. 91% de blastos em MO e cariótipo complexo e hipodiploide. Realizou tratamento com o protocolo NHL-BFM 2012. Primeira recidiva medular 4 meses do término do tto. Realizou 2º linha de com o protocolo ALL R3 seguido de TMO haplo com o pai. Após 9 meses do TMO apresentou segunda recidiva, isolada em pele com lesão em couro cabeludo que após tratamento radioterápico local evoluiu com progressão para MO e ossos. Realizado protocolo BFM REZ 2002. Na sequência submetido a CAR-T, na avaliação pré, PET negativo e DRM positiva 3,6%. Realizada linfodepleção com fludarabina e ciclofosfamida. Após a infusão apresentou DRM e PET-CT negativos. Nove meses após o tto, nova avaliação da MO evidenciou recidiva. O paciente foi submetido a um novo protocolo de resgate, apresentou choque séptico e óbito. **Conclusão:** Recidivas pós Car-T cell apresentam um prognóstico muito reservado e a triagem desses pacientes com CF é essencial para diagnóstico precoce e definição de conduta.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105549>

ID - 474

REDOME (2020-2024): PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES E IMPLICAÇÕES PARA TCTH NO BRASIL

SDB Pacheco, NA da Silva, RC de Oliveira, PS da Silva, LN Guimarães

Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (HEMOPA), Belém, PA, Brasil

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é uma terapia vital para diversas doenças hematológicas [1]. No Brasil, o Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME) [2] é crucial para viabilizar esses procedimentos, dada a complexidade da compatibilidade HLA e a diversidade genética populacional [3]. Compreender o perfil epidemiológico dos pacientes cadastrados é fundamental para otimizar buscas por doadores e aprimorar políticas de saúde em hematologia, visando um TCTH eficaz. **Objetivos:** Analisar o perfil epidemiológico de pacientes cadastrados no REDOME (2020-2024), considerando distribuição regional, sexo, faixa etária e raça, para subsidiar ações estratégicas de TCTH no Brasil. **Material e métodos:** Estudo transversal descritivo, dados secundários anonimizados do REDOME (2020-2024). Variáveis: região, sexo, idade, raça. Análise descritiva de frequências e tendências. Ética dispensada (Portaria CNS nº 510/2016) por dados abertos. **Resultados:** O REDOME registrou crescimento de pacientes: 1.532 (2020) para 2.235 (2024), aumento de 45,9%. Em 2024, Sudeste concentrou maioria (52,13%), seguido por Nordeste (18,88%) e Sul (17,99%).