

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%).

Predominância masculina (55.6%). Destaque para faixas extremas: < 18 anos (31,56% M, 26,58% F) e > 60 anos (18,43% M, 20,14% F). Raças predominantes: brancos (56,44% M, 59,71% F) e pardos (31,48% M, 29,10% F). **Discussão e conclusão:** O crescimento do REDOME reflete a expansão das indicações de TCTH e a crescente confiança no sistema. A concentração de pacientes no Sudeste, aponta para a necessidade de descentralização e fortalecimento de centros e apoio em outras regiões, visando acesso equitativo. A predominância masculina exige estudos aprofundados sobre diferenças de gênero em doenças hematológicas e o refinamento das estratégias de busca de doadores. A representatividade significativa de faixas etárias extremas (< 18 e > 60 anos) sublinha a relevância do REDOME para populações pediátricas e idosas, que frequentemente enfrentam desafios únicos na busca por doadores compatíveis. A melhoria no registro racial é um avanço positivo para busca de doadores etnicamente compatíveis. Os resultados enfatizam a urgência de iniciativas direcionadas para expandir e diversificar o rol de doadores. O REDOME cresceu robustamente (2020-2024), evidenciando uma demanda por TCTH. O perfil epidemiológico revela heterogeneidade regional, predominância masculina e diversidade etária/racial. Insights cruciais para planejamento estratégico, otimização de busca e políticas públicas eficazes, fortalecendo a hematologia nacional e o acesso equitativo ao TCTH. Agradecimentos: À Fundação HEMOPA pelas instalações e apoio à Residência Multiprofissional em Hematologia e Hemoterapia, cruciais para a escrita deste trabalho.

Referências:

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea 2012. Angra dos Reis (RJ), 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (REDOME).
3. Tiercy, JM. How to select the best available related or unrelated donor of hematopoietic stem cells? *Haematologica*, 101(6), 680-687, 2016.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105550>

ID - 1496

RELAÇÃO ENTRE A MICROBIOTA INTESTINAL E A DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

FD Anunciação, PER Santos, RM Sousa, MCJ Teixeira, MMW Pimentel

Afya Centro Universitário Salvador, Salvador, BA, Brasil

Introdução: O transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é essencial no tratamento de neoplasias hematológicas. No entanto, complicações como a doença do

enxerto contra o hospedeiro (DECH), resposta inflamatória em que células do enxerto atacam tecidos do receptor, seguem como preditores de morbimortalidade. A microbiota intestinal, por sua vez, atua como importante modulador imunológico nesse cenário. **Objetivos:** Analisar o impacto das alterações na microbiota intestinal, incidência, gravidade e prognóstico da DECH em pacientes submetidos ao TCTH, com ênfase nos mecanismos imunológicos envolvidos. **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nas bases PubMed e PubMed Central (PMC). Os descritores foram: Gut microbiota, Intestinal microbiome, Hematopoietic stem cell transplantation, Graft-versus-host disease e suas combinações. Foram incluídos artigos publicados dos últimos cinco anos, em inglês, com foco na relação entre microbiota intestinal e DECH. Ao final, 10 artigos foram selecionados por sua relevância e qualidade metodológica. **Resultados e discussão:** Durante o TCTH, o regime de condicionamento, o uso intensivo de antibióticos, a imunossupressão, a nutrição parenteral e a mucosite contribuem para a ruptura da barreira intestinal e para alterações significativas na microbiota. Esse cenário favorece a ativação de células apresentadoras de antígenos (APCs) e a expansão de linfócitos T alorreativos, mecanismos centrais na patogênese da DECH. A perda precoce de comensais como Clostridiae e Blautia, com dominância de Enterococcus e Streptococcus, associa-se à maior incidência de DECH aguda, mortalidade pós-transplante e menor sobrevida. Estudos multicêntricos indicam que pacientes que preservam a diversidade da microbiota intestinal apresentam menor risco de infecções oportunistas e melhores desfechos clínicos, incluindo maior sobrevida a longo prazo. A integridade da mucosa intestinal está intimamente ligada à presença de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), especialmente butirato e propionato, produzidos por microrganismos comensais fermentadores de fibras. Esses metabólitos atuam na indução de células T reguladoras, na produção de IgA e na estimulação de citocinas como IL-22. Além disso, AGCC ativam receptores como GPR43 e regulam vias inflamatórias como o inflamassoma NLRP3. Em casos graves de DECH, a redução de butirato ultrapassa 90%, configurando um marcador de mau prognóstico e gravidade. Diante desse cenário, estratégias terapêuticas que modulam a microbiota intestinal têm se destacado. O TMF mostrou remissão em até 67% dos casos de DECH refratária. Outras estratégias promissoras incluem consórcios bacterianos, restrição de lactose e uso de prebióticos ou pós-bióticos. **Conclusão:** A integridade da microbiota intestinal exerce papel fundamental na prevenção e modulação da DECH. Assim, a diversidade microbiana e os AGCC são cruciais na regulação imune e na manutenção epitelial. Por outro lado, a disbiose associa-se a maior incidência de DECH, mortalidade e complicações. Nesse contexto, a modulação do microbioma surge como estratégia promissora, embora demande validação clínica para uso sistemático na prática onco-hematológica.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105551>