

administered at 5 $\mu\text{g/kg/week}$ subcutaneous starting on day +2, and continued until hematologic recovery. **Results:** Our first patient was a 6 year-old girl diagnosed with stage IV neuroblastoma, previously treated with multiple therapeutic lines and subsequently referred for an HLA-identical related myeloablative HCT with busulfan-melphalan, with restriction to blood transfusions due to religious reasons. With the use of Romiplostim she maintained platelet counts above the critical levels of $10,000/\text{mm}^3$ for most of the HCT course. She received only one platelet transfusion on day +10 due to a lower platelet count, fever and sepsis, from which she completely recovered. Neutrophil engraftment was achieved on day +10 and platelet engraftment on day +17. No severe hemorrhagic events or romiplostim-related toxicities were observed. **Conclusion:** Romiplostim proved to be a safe and effective alternative for managing thrombocytopenia in this first pediatric HCT patient with transfusion restrictions. This experience broadens the potential use of the agent, suggesting its applicability as a personalized therapeutic strategy in the HCT setting. Its use may be considered not only in cases of religious objection, but also as an approach to minimize transfusions and prevent alloimmunization. Further studies are needed to validate its efficacy on a larger scale, define cost-efficiency and support its integration into clinical practice.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105555>

ID - 681

RUXOLITINIBE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

TS Pereira, ALN Gomes, DMSL Silva

Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP, Brasil

Introdução: A doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) permanece como uma das principais causas de complicações, morbidade e mortalidade pós-transplante de células-tronco hematopoieticas. Essa condição surge quando linfócitos T imunocompetentes do enxerto do doador reconhecem os tecidos do receptor como estranhos devido a diferenças de histocompatibilidade e iniciam uma resposta imunológica contra eles. O tratamento de primeira linha baseia-se em uso de corticosteroides, porém, cerca de 50% a 60% dos pacientes apresentam resposta inadequada, demandando alternativas terapêuticas. Em 2022, a ANVISA aprovou o uso do ruxolitinibe, um inibidor seletivo das vias JAK1/JAK2, como opção de segunda linha para DECH que tem emergido como uma opção promissora para DECH refratária. **Objetivos:** Discutir os resultados de eficácia e segurança do uso do ruxolitinibe como tratamento para DECH. **Material e métodos:** O presente trabalho trata-se de uma revisão integrativa. O trabalho seguiu os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica. Baseando-se na busca de artigos indexados na seguinte base de dados: PUBMED. Foram aplicados os seguintes descritores: Ruxolitinib, GVHD, com o operador

booleano “AND”. Sendo selecionados meta-análises, ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas no idioma inglês, com recorte temporal de janeiro de 2020 até julho de 2025. Os dados obtidos foram selecionados e sistematicamente classificados de acordo com a classificação dos níveis de evidencia. A utilização da estratégia de busca na base de dados resultou em 10 estudos, dos quais, após leitura e aplicação dos critérios, houve exclusão de 2 estudos pois não se aplicavam a temática investigada, no total, 8 estudos foram incluídos. **Discussão e conclusão:** De forma geral, a presente revisão integrativa evidenciou que os estudos incluídos corroboram com a hipótese de que o ruxolitinibe é uma alternativa terapêutica promissora no tratamento do DECH. Os estudos analisados demonstram que o ruxolitinibe é eficaz em promover respostas clínicas significativas, com taxas de respostas global (ORR) variando entre 49% e 74% para DECH aguda e 50% a 76% para DECH crônica em diferentes populações, portanto, o benefício é observado tanto em DECH aguda quanto na crônica. Em ensaios como REACH 3 e REACH 2, o ruxolitinibe mostrou-se superior ao tratamento padrão, com maior taxa de resposta duradoura, melhora dos sintomas e maior sobrevida livre de falha. Subanálises de populações específicas, como a japonesa, confirmaram a consistência dos benefícios terapêuticos. Em pacientes pediátricos, os resultados também foram positivos, com taxas de resposta clínicas semelhantes às de adulto, embora dados de segurança a longo prazo ainda sejam limitados. Além disso, observou-se que o início precoce da terapia com ruxolitinibe esta associado a melhores desfechos clínicos. Em relação ao perfil de segurança, eventos adversos hematológicos como citopenias (especialmente anemias e trombocitopenias) foram os efeitos adversos mais frequentes, exigindo monitoramento hematológico contínuo, porém as meta-análises incluídas reforçaram a eficácia consistente e o perfil de segurança gerenciável do fármaco. O ruxolitinibe representa uma alternativa eficaz e segura para o tratamento da DECH refratária a corticosteroides, com evidências consistentes em diferentes subgrupos, incluindo pacientes pediátricos e populações previamente tratadas. Estudos adicionais são necessários para estabelecer protocolos de uso ideais, especialmente a longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105556>

ID - 698

SARCOMA DE KAPOSI APÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO: UM RELATO DE CASO

ACK Torrani, CDPM Castillo, DR Martins, MA Furlanetto, AA Paz, LDC Rigoni, SN Amaral, FF Scherer, LMR Silla, LE Daudt, CC Astigarraga

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O herpesvírus humano 8 (HHV-8) é um vírus com baixa infectividade, transmitido por gotículas, e que possui

soroprevalência variável, sendo mais comum em países africanos e na região do Mediterrâneo. O sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia endotelial associada ao vírus HHV-8, cuja apresentação clássica é caracterizada por múltiplas lesões pigmentadas, planas ou elevadas, indolores e sem desaparecimento à pressão. O SK é mais comum em pacientes com imunossupressão, como no caso da síndrome da imunodeficiência adquirida. No transplante de órgãos sólidos ou no transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), o SK pode ocorrer de forma iatrogênica. O objetivo deste relato é descrever um caso de SK após TCTH alogênico. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 50 anos, negro, com diagnóstico prévio de leucemia/linfoma T do adulto, variante linfomatoide, submetido a TCTH alogênico aparentado HLA-identico em novembro de 2023. Em fevereiro de 2025, em vigência de imunossupressão com prednisona e sirolimo por doença do enxerto contra hospedeiro crônica (DECHc) de trato gastrointestinal (TGI) baixo, o paciente apresentou pápula eritemato-violácea, de consistência firme e bem delimitada, em bolsa escrotal, sem vasos à dermatoscopia e sem outras lesões cutâneas. Foi realizada biópsia por punch, com exame anatomopatológico demonstrando proliferação vascular/endotelial atípica sob a forma de nódulo dérmico, com positividade para o HHV-8 na imuno-histoquímica, compatível com sarcoma de Kaposi. Realizou-se estadiamento com PET-CT e endoscopia digestiva, sem outros locais acometidos. O paciente, então, foi diagnosticado com sarcoma de Kaposi localizado, e foi realizada a redução da imunossupressão e iniciado o acompanhamento com a dermatologia. Até agosto de 2025, a paciente não apresentou novas lesões sugestivas de SK. **Conclusão:** Até 2022, foram descritos menos de 50 casos de SK em pacientes submetidos a TCTH. A incidência estimada é de 0,05% no TCTH autólogo, e de 0,17% no TCTH alogênico. Pode apresentar-se como forma localizada, geralmente mucocutânea, ou multissistêmica, acometendo principalmente pulmões e TGI. O tratamento varia conforme a extensão da doença, incluindo redução ou retirada da imunossupressão, exérese da lesão (se superficial e localizada), quimioterapia sistêmica, antivirais como cidofovir e foscarnete, e interferon. Apesar dos poucos relatos existentes, o SK parece apresentar prognóstico favorável na população submetida a TCTH.

Referências:

CESARMAN, Ethel; CHADBURN, Amy; RUBINSTEIN, Paul G. KSHV/HHV8-mediated hematologic diseases. *Blood, The Journal of the American Society of Hematology*, v. 139, n. 7, p. 1013-1025, 2022.

CESARMAN, Ethel et al. Kaposi sarcoma. *Nature reviews Disease primers*, v. 5, n. 1, p. 9, 2019.

CESARO, Simone et al. Incidence and outcome of Kaposi sarcoma after hematopoietic stem cell transplantation: a retrospective analysis and a review of the literature, on behalf of infectious diseases working party of EBMT. *Bone marrow transplantation*, v. 55, n. 1, p. 110-116, 2020.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105557>

ID - 627

SEGURANÇA E ASSISTÊNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS COM SUPORTE TRANSFUSIONAL

JM Lopes ^a, SD Gomes ^b

^a Pulsa Rio, Volta Redonda, RJ, Brasil

^b UGB, Volta Redonda, RJ, Brasil

Introdução: A infusão de células-tronco hematopoéticas (CTH) é um procedimento fundamental no manejo de diversas doenças hematológicas, oncológicas e imunológicas. Entretanto, trata-se de uma intervenção complexa, que envolve riscos transfusionais, imunológicos e hemodinâmicos. A implementação de protocolos assistenciais rigorosos e a atuação multidisciplinar, especialmente da equipe de enfermagem, são determinantes para assegurar a segurança do paciente, reduzir complicações e garantir a efetividade terapêutica. **Objetivos:** Avaliar a segurança clínica e a assistência na administração de CTH, com ênfase no suporte transfusional adotado durante o procedimento e na ocorrência de eventos adversos. **Material e métodos:** Estudo clínico observacional, prospectivo, realizado entre janeiro de 2023 e maio de 2025, em serviços especializados em terapia celular. Foram incluídos 42 pacientes adultos, submetidos a transplante autólogo ou alogênico de CTH. Dados clínicos, transfusionais e assistenciais foram coletados por meio de análise de prontuários e protocolos institucionais. As variáveis analisadas incluíram: tipo de transplante, volume e tipo de hemocomponente utilizado, incidência de reações transfusionais, intercorrências durante a infusão e tempo médio de recuperação hematológica. A assistência de enfermagem foi avaliada quanto à adesão aos protocolos de monitoramento, identificação precoce de sinais de toxicidade e manejo de reações adversas. A análise estatística foi descritiva, com cálculo de frequências e médias por meio do software SPSS v.25. **Discussão e conclusão:** Dos 42 pacientes avaliados, 71% foram submetidos a transplante autólogo e 29% a alogênico. O suporte transfusional incluiu concentrado de hemácias (85,7%) e plaquetas (64,3%), administrados conforme critérios clínicos e laboratoriais. Foram registradas 6 reações transfusionais leves (14,3%), todas controladas com medidas de suporte imediato, sem necessidade de interrupção do procedimento. O tempo médio de infusão de CTH foi de 22 minutos. A atuação da equipe de enfermagem apresentou 98% de conformidade com os protocolos institucionais de monitoramento clínico, contribuindo para a detecção precoce de sinais adversos e intervenções rápidas. A recuperação hematológica (neutrófilos > 500/mm³) ocorreu, em média, no 11º dia pós-infusão. Os resultados reforçam a importância de protocolos clínico-assistenciais bem estruturados e da assistência qualificada na administração segura de CTH com suporte transfusional. A baixa incidência de complicações e a elevada adesão aos protocolos demonstram que a padronização dos cuidados e o treinamento contínuo da equipe são fundamentais para