

mielossupressão, enxerto tardio, reativação do CMV, condições de risco de vida como doença aguda do enxerto contra o hospedeiro (aGVHD). **Materiais e métodos:** Relatamos um paciente portador de LNH de alto grau submetido ao TMO autólogo com pneumonite e exantema súbito durante TCTH. **Resultados:** Paciente 69 anos, portador de Linfoma Difuso de Grandes Celulas B EC IVB- infiltração óssea e profilaxia e SNC de Ann Arbor, IPI de alto risco, FISH para EBV negativo, sorologias negativas sendo tratado inicialmente com R-EPOCH 6 ciclos com RC confirmada pelo PET-SCAN. Permaneceu em remissão por 3 anos, apresentando recaída óssea em úmero com fratura patológica. Realizada Biopsia óssea que confirmou se tratar do subtipo histológico idêntico ao diagnóstico. Realizado tratamento de resgate com R-GDP 4 ciclos com RC e consolidação com TCTH autólogo com protocolo BEAM (bendamustina 200 mg/m²/dia, etoposídeo 200 mg/m²/dia, AraC 400 mg/m²/dia, melfalano 140 mg/m²/dia) com infusão de 6×10.6 kg de células CD34+. Apresentou no D+11 febre com calafrios, rash cutâneo cervical e torácico sem correlação com farmacodermia associado tosse seca e dispneia moderada com hipoxemia periférica, já em uso de antibioticoterapia ampliada com cobertura extensa incluindo fungo. Realizada TAC de Tórax pequenas opacidades em vidro fosco com componente consolidativo. Realizado lavado bronco alveolar e pesquisa sérica de galactomana, PCR de CMV, bactérias, fungos, PCR Varicela Zoster, PCR de EBV, PCR de adenovírus e Tuberculose, Pneumocistose que foram negativos. Pesquisa PCR quantitativo de HHV6 sérico 111.320 cópias/mL com e no lavado presente. Foi iniciado tratamento com ganciclovir por 15 dias com resolução do quadro pulmonar e PCR de HHV6 indetectável. A recuperação hematológica ocorreu no D+ 15 do transplante, reforçando atraso da recuperação plaquetária que ocorreu no D+ 28 com necessidade transfusional diária. **Conclusão:** Os receptores de auto-TCTH são geralmente considerados menos suscetíveis à reativação viral do que os receptores de alo-TCTH. A imaturidade imunológica e a falta de células T específicas podem explicar o risco de infecção viral após transplante nesse caso. A replicação do HHV-6 é responsável pela imuno modulação e imunodeficiência do hospedeiro, influenciando a morbidade, mortalidade e infecções bem como atrasos na enxertia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1690>

ÍLEO PARALÍTICO ASSOCIADO À VINORELBINA NA MOBILIZAÇÃO PARA TCTH AUTÓLOGO: RELATO DE CASOS

BB Arnold, BB Cal, ME Pelicer, RO Coelho,
BC Sacchi, LC Brito, LN Melo, LO Cantadori,
RD Gaiolla

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Botucatu da Universidade Estadual Paulista
(HCFMB-UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Vinorelbina é um antineoplásico semisintético, alcaloide da vinca, cujo uso foi ampliado como adjuvante na mobilização de Células-Tronco Hematopoéticas (CTH) na era

da Terapia Celular. Neste trabalho, relatamos dois casos que mobilizaram com Fator Estimulador de Colônias de Granulócitos (GCSF) e Vinorelbina para Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) Autólogo e evoluíram com íleo paralítico. **Relatos:** Homens, 55 anos (caso 1) e 57 anos (caso 2), mobilizaram conforme protocolo da instituição: Vinorelbina 35 mg/m² EV (D1) e GCSF 5 µg/kg SC 2×/dia a partir do D4 e programação de leucaférese no D8, se nível adequado de CD34+ em Sangue Periférico (SP). Caso 1, Mieloma Múltiplo, após 3 ciclos de Dara-VTD, apresenta no D7 da mobilização, quadro de neutropenia febril (Leucócitos = 500/mm³, Neutrófilos = 0) com distensão abdominal expressiva, dolorosa e constipação intestinal. Tomografia (TC) de abdome: distensão de alças colônicas, sem pontos obstrutivos; feita hipótese de íleo paralítico com possível colite infecciosa. Realizado Meropenem e cancelada coleta de CTH. Neutropenia e íleo paralítico foram atribuídos à Vinorelbina. Posteriormente, coletou CTH com GCSF e Plerixafor, sem intercorrências, realizando TCTH Autólogo com sucesso. Caso#2, Linfoma T Periférico, tratado com 3 linhas prévias: inicialmente CHOEP; após recidiva precoce, DHAP e GEMOX. Ao internar para coleta de CTH, constipado desde D3, inicia com inapetência, distensão e dor abdominal. Evolui com parada total na eliminação de fezes e flatos, picos pressóricos e vômitos biliosos. TC de abdome: coprostase, dilatação de alças colônicas e gástrica, sem obstrução; hipótese de íleo paralítico secundário ao quimioterápico. Otimizado medidas laxativas com resposta progressiva. Infelizmente apresentou falha de mobilização, mas segue em Resposta Completa no PET. **Discussão:** TCTH Autólogo é importante estratégia terapêutica para malignidades hematológicas, sobretudo Mieloma Múltiplo e Linfomas Recidivados e Refratários, melhorando Sobrevida Global e Sobrevida Livre de Doença. Após advento do GCSF, o SP tornou-se a principal fonte de CTH, mas seu uso isolado nesses pacientes têm maior risco de falha da mobilização (até 30% dos casos), por pior reserva medular e toxicidade cumulativa dos tratamentos prévios. Plerixafor, antagonista CXCR-4, tem alta eficácia, porém elevado custo e indisponibilidade no SUS. A associação de GCSF com quimioterapia em altas doses, como ciclofosfamida, é eficaz e acessível, mas com maior índice de neutropenia e risco de infecção e pico de CD34 em SP menos previsível. Estudos em Mieloma e Linfoma mostraram bons resultados, segurança e alta previsibilidade do pico de CD34 com Vinorelbina associada ao GCSF, sendo preferível em vários centros transplantadores do Brasil. O perfil de toxicidade é favorável e, embora constipação e desconforto abdominal sejam achados comuns, em geral são de leve intensidade. É pouco descrita na literatura evolução para íleo paralítico. A neurotoxicidade pela Vinorelbina, menor que em outros alcaloides da vinca, pode induzir neuropatia autônoma e, consequentemente, obstrução intestinal ou íleo paralítico. **Conclusão:** Os casos acima são raros, mas graves. Devem ser abordados precocemente e reconhecê-los é essencial, sobretudo atualmente, em que mais TCTH Autólogos são indicados e Vinorelbina mais utilizada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1691>