

diagnosis to transplant was ten months. Early mortality (≤ 120 days after diagnosis) was 9.7%, mainly due to infection. For the whole cohort, the overall response rate (ORR) after the first induction was 408/647 (63%), and 144 (22%) had disease progression. PFS and OS were 1.7 years (95% CI 1.6–1.9) and 3.7 years (95% CI 3.4–4.2), respectively. Median OS for patients that received ASCT was 5.9 (95%CI 5.1–7.8) years. **Conclusion:** This real-world cohort demonstrated that the available therapy in a resource-limited setting is far from the current gold standard for NDMM. Alkylating-based therapy results in sub-optimal response rates, while the ASCT procedure is not timely available for all patients. In addition, poor clinical status and advanced disease may impact the choice of not using triplet regimens upfront. Early diagnosis, incorporating proteasome inhibitors and newer agents into the frontline, and ASCT availability are the major initiatives to decrease the disparity between rich and developing countries.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.416>

DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF MULTIPLE MYELOMA PATIENTS IN LATIN AMERICA

VTM Hungria^a, D Trufelli^b, K Nakajima^c, R Gaiolla^d, K Galvez^e, G Remaggi^f, R Bitterncourt^g, A Maiolino^h, N Schutzⁱ, G Quintero^j

^a Clínica São Germano, São Paulo, SP, Brazil

^b Janssen-Cilag Farmacêutica LTDA, São Paulo, SP, Brazil

^c IQVIA, São Paulo, SP, Brazil

^d Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brazil

^e Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^f FUNDALÉU, Buenos Aires, Argentina

^g Divisão de Hematologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, RS, Brasil

^h América - Centro de Oncologia Integrado, Rio de Janeiro, RJ, Brazil

ⁱ Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

^j Fundacion Santa Fe de Bogota, Bogota, Colombia

Background: Multiple myeloma (MM) is characterized by uncontrolled proliferation of plasma cells. This condition accounts for 1% of all cancers and 13% of all hematologic malignancies (HMs). In Latin America there is a relative paucity of real-world data of MM patients. Therefore, the objective of this study is to describe the demographic and clinical characteristics of multiple myeloma patients in Latin America. **Methods:** This is an ongoing, noninterventional, multicenter, registry study. Patients diagnosed with MM between 01 January 2016 and 30 June 2021, age ≥ 18 years were enrolled and will be followed until death or the end of study (set for 30 June 2022). For this interim analysis the demographic and clinical data of MM patients in a real-world setting in five Latin American countries, Argentina, Brazil, Mexico, Colombia, and Panama, were assessed. The retrospective data are

being abstracted from patient's medical records. All statistical analyses were descriptive. **Results:** From a total of 1076 enrolled patients, 984 were assessed (Argentina= 287; Brazil= 428; Colombia= 253; Mexico= 13; Panama= 3). 64.9% of the patients have private insurance coverage, and 35.1% belongs to the public treatment system. The median age at diagnosis was 63 years and a similar distribution between male (49.3%) and female (50.7%) was observed. The majority of the patients (78.7%) presented at least one comorbidity, with hypertension (62.2%) and diabetes (21.1%) the most common medical conditions observed. Around 32% of the patients were considered clinically non-eligible to autologous stem-cell transplantation (ASCT, intention to treat), and advanced age was the main reported reason (median 76 years for non-eligible). Back pain and bone pain were the most frequently reported symptoms at diagnosis by 44.5% and 30.5% of the patients, respectively. Consequently, many patients were referred by orthopedists (20.6%). At diagnosis, the distribution of ECOG status was 0= 38.8%, 1= 32%, 2= 17.6%, 3= 8% and 4= 3.6%; and the ISS 1= 27.4%, 2= 28.6% and 3= 44%. Among the population with a cytogenetic test performed ($n = 462$), only 27.7% were positive for any alteration. The most frequent alterations observed were t(4;14) translocation and del(17p), affecting 39 and 42 patients, respectively. **Conclusion:** These results are a portrait of multiple myeloma in Latin America, showing that patient's characteristics are quite similar among the participating countries. Although the majority of the MM patients in Latin America receive the treatment in the public institutions, in this cohort there were more patients came from private institutions. The most common symptom reported at diagnosis was associated with bone disease and the majority of the patients presented advanced disease (ISS 3 = 44%). Only 32% was considered non-eligible for ASCT at diagnosis. It is worth noting that most of the patients did not present any genetic alterations, which may impact in the identification of higher risk disease.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.417>

CASO RARO DE PLASMOCITOMA DE BEXIGA PRIMÁRIO SOLITÁRIO

ALM Santos, I Zancanaro, L Ceron, ES Machado

Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC), Joaçaba, SC, Brasil

Objetivos: Relatar um caso raro de plasmocitoma de bexiga no Hospital Universitário Santa Terezinha, na Hematologia. A raridade da doença, a dificuldade do diagnóstico e os aspectos polêmicos em torno do tratamento do plasmocitoma justificam a elaboração do artigo. **Material e métodos:** O relato é descritivo, qualitativo e observacional sobre um paciente diagnosticado com plasmocitoma de bexiga no Hospital Universitário Santa Terezinha. Os dados foram obtidos através de entrevistas e do prontuário. A análise foi embasada em artigos científicos virtuais. **Resultados:** V.P.P, 50 anos, masculino, histórico prévio de tumor renal de células claras bilateral. Em 2020, iniciou com cólicas em hipogástrio, tenesmo vesical e hematúria macroscópica. Em ressecção transuretral

de bexiga, uma lesão vegetante de 3 centímetros na parede posterior da bexiga foi encaminhada para análise. A citologia apresentou infiltrado denso e difuso de células plasmocitoides atípicas, e o estudo imunoistoquímico, monoclonalidade para cadeia leve de imunoglobulina LAMBDA, ambos sugestivos de plasmocitoma ou mieloma múltiplo. A eletroforese de proteínas séricas não detectou bandas monoclonais, a imunofenotipagem e a histologia da medula óssea não demonstraram alterações compatíveis com plasmocitoma ou mieloma múltiplo. Exames laboratoriais e sorologias sem anormalidades, tomografias sem lesões líticas ou suspeitas. O diagnóstico de plasmocitoma primário isolado de bexiga foi confirmado. O paciente foi encaminhado para realização de Radioterapia Conformacional (3DCRT) local com margens (1.8/45 Gy) por 5 semanas. **Discussão:** Os plasmocitomas solitários representam 3% dos tumores de células plasmáticas, são mais comuns no sexo masculino entre 55 a 60 anos (CARDOSO, SECIOSO, MOREIRA, 2010). O plasmocitoma de bexiga pode progredir para mieloma múltiplo (CORMIO et al., 2017) com uma probabilidade em 5 anos de 51% (PHAM, MAHINDRA, 2019). Os sítios mais prevalentes são: ossos, cabeça e pescoço, sistema nervoso central, tireóide, paratireóide e bexiga (CARDOSO, SECIOSO, MOREIRA, 2010). O diagnóstico de plasmocitoma isolado de bexiga requer infiltração de células plasmocitárias em biópsia local, ausência de doença clonal em aspirado e biópsia de medula óssea, e em outros focos confirmados por imagem completa da coluna vertebral e da pelve para descartar mieloma múltiplo (CARDOSO, SECIOSO, MOREIRA, 2010). A imunohistoquímica confirma a presença de proteínas monoclonais, como a proteína-M de cadeia leve do tipo lambda e restrição de cadeia leve clonal kappa. A positividade para CD138, uma proteína sensível e relativamente específica para células plasmáticas (MOKHTAR, YAZDI, MAI, 2006), distingue do carcinoma urotelial plasmocitoides, diagnóstico diferencial do plasmocitoma de bexiga. O tratamento é baseado na radioterapia apresentando controle local em 80–90% dos casos, com doses da radiação acima de 40 Gy (PHAM, MAHINDRA, 2019). A ressecção cirúrgica é reservada quando há perda de integridade estrutural ou necessidade de descompressão nervosa. **Conclusão:** O caso relatado evidencia a clínica do plasmocitoma solitário de bexiga, o qual possui tratamento padrão-ouro a radioterapia. O desafio é estabelecer um diagnóstico precoce dentre as diversas afecções de bexiga, objetivando o controle da evolução da doença e o aumento da sobrevida do paciente, pois o atraso do diagnóstico aumenta o risco de evolução para mieloma múltiplo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.418>

AMILOIDOSE AL: RELATO DE CASO

FPS Michel, NPV Silveira, JWL Júnior,
PMS Gomes, AC Fenili, MEZ Capra,
LCG Trindade, S Vidor, TB Soares, FL Moreno

Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC),
Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre,
RS, Brasil

Introdução: A amiloidose AL é uma doença incomum e com incidência desconhecida. Um caso de amiloidose AL será apresentado abaixo, visto a necessidade de maior conhecimento sobre a doença para melhor abordagem dos casos. **Relato de caso:** Paciente masculino, 71 anos, ex-etilista e ex-tabagista, com deficiência auditiva e síndrome do túnel do carpo, procura atendimento por fraqueza, dispneia, edema em membros inferiores e macroglossia. Avaliado pela equipe de otorrinolaringologia sendo realizado biópsia de língua, quando foi levantado a suspeita de amiloidose. Ecocardiograma evidenciando achados sugestivos de doença infiltrativa. Realizado também biópsia de gordura abdominal e biópsia de miocárdio, sendo a cardíaca confirmatória para amiloidose. Durante a internação, foi solicitado avaliação da equipe de hematologia e o paciente submetido a análise de medula óssea (MO) que evidenciou 25% de infiltração de células atípicas plasmocitárias, imunofenotipagem (IFT) sugestiva de doença proliferativa plasmocitária com 11% de plasmócitos clonais; imunofixação de proteínas séricas e urinárias com presença de cadeias lambda. Iniciado tratamento quimioterápico com bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona (CyBorD), além de avaliação e seguimento cardiológicos. Paciente recebe alta hospitalar e mantém acompanhamento clínico e seguimento quimioterápico ambulatorial. **Discussão e conclusão:** A amiloidose AL é uma doença de depósito de fibrilas, no qual são compostas de fragmentos de cadeias leves monoclonais, sendo predominante no sexo masculino e em indivíduos mais idosos. No momento do diagnóstico, aproximadamente 10% dos pacientes com amiloidose AL preencherão os critérios diagnósticos para mieloma múltiplo (MM). A apresentação clínica pode variar, dependendo dos órgãos acometidos, sendo o envolvimento renal, cardíaco, hepático e musculoesquelético os mais comuns. O diagnóstico requer a demonstração de fibrilas amiloides na avaliação histológica de um órgão afetado ou de um local substituto, como gordura abdominal ou MO. A presença de fibrilas amiloides pode ser confirmada por sua aparência característica na microscopia eletrônica ou por sua capacidade de se ligar ao Vermelho Congo. Além disso, é necessário a evidência de um distúrbio proliferativo de plasmócitos monoclonais. O tratamento direcionado as células plasmáticas visa diminuir a produção de amiloide, limitar mais danos aos órgãos e permitir a regressão dos depósitos de amiloides nos tecidos. Pacientes com cardiomiopatia devido à amiloidose AL precisam de tratamento cuidadoso de complicações cardíacas, incluindo insuficiência cardíaca, fibrilação atrial e distúrbios de condução. Todos os pacientes recém diagnosticados devem ser avaliados quanto a elegibilidade para transplante autólogo de células hematopoiéticas (TCH). Para pacientes elegíveis, é recomendado uma terapia de indução de 2 a 4 ciclos com CyBorD. É recomendado a adição de daratumumabe ao esquema se disponível. Já para os pacientes não elegíveis, ainda não existe um consenso quanto ao melhor esquema, sendo recomendado a participação em ensaios clínicos. O prognóstico varia conforme a natureza, o número e a extensão do acometimento orgânico, sendo um prognóstico ruim a longo prazo quando detectada em estágio avançado, com sobrevida média de 4 a 6 meses. Diante disso ressalta-se a importância de um diagnóstico precoce,