

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,

viabilizando o início do tratamento e aumentando a sobrevida do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.419>

UPDATED PROGRESSION-FREE SURVIVAL AND DEPTH OF RESPONSE IN IKEMA, A RANDOMIZED PHASE 3 TRIAL OF ISATUXIMAB, CARFILZOMIB AND DEXAMETHASONE VS CARFILZOMIB AND DEXAMETHASONE IN RELAPSED MULTIPLE MYELOMA

M Capra^a, P Moreau^b, M Dimopoulos^c, J Mikhael^d, K Yong^e, T Facon^f, R Hajek^g, I Spicka^h, F Cascaⁱ, S Macé^j, M Risse^k, T Martin^l

^a Centro Integrado de Hematologia e Oncologia, Hospital Mãe de Deus (HMD), Porto Alegre, RS, Brazil

^b Department of Hematology, University Hospital Hôtel-Dieu, Nantes, France

^c Department of Clinical Therapeutics, The National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

^d Translational Genomics Research Institute, City of Hope Cancer Center, Phoenix, United States

^e Department of Hematology, University College Hospital, London, United Kingdom

^f Department of Hematology, Lille University Hospital, Lille, France

^g Department of Hemato-Oncology, University Hospital Ostrava and Faculty of Medicine, University of Ostrava, Ostrava, Czech Republic

^h 1st Department of Medicine, Department of Hematology, 1st Faculty of Medicine, Charles University and General Hospital, Prague, Czech Republic

ⁱ Ividata Life Science, Levallois-Perret, France, contracted by Sanofi

^j Sanofi, R&D Translational Medicine, Chilly-Mazarin, France

^k Sanofi, R&D, Vitry-sur-Seine, France

^l Department of Hematology, University of California at San Francisco, San Francisco, United States

Objective: The anti-CD38 antibody Isa in combination with Kd is approved in various countries for patients (pts) with relapsed MM after ≥ 1 prior therapy, based on primary interim analysis (IA) of the Phase 3 IKEMA study (NCT03275285). Here we report updated efficacy and safety results from IKEMA. **Material and methods:** This prespecified final analysis (179 pts randomized to Isa-Kd, 123 to Kd) evaluated updated PFS (primary endpoint), PFS2, minimal residual disease negativity (MRD-) rate, complete response (CR) rate, MRD- and CR rate in ITT population, and safety with 2 additional years of follow-up. Isa 10 mg/kg was given IV weekly for 4 wks and then every 2 wks; Kd (20/56 mg/m², twice weekly, 3/4 weeks) was

administered in both arms. **Results:** At cutoff (14-Jan-2022) with a median (m) follow-up of 44-months, 49 (27.4%) pts in Isa-Kd and 11 (8.9%) in Kd were still on treatment. The updated PFS update was consistent with the IA results, showing significant benefit in favor of Isa-Kd: HR 0.58 (95.4% CI 0.42–0.79) with median (m) PFS 35.7 mo (95% CI: 25.8–44.0) vs 19.2 mo (95% CI: 15.8–25.0) in Isa-Kd vs Kd. PFS2 HR was 0.68 (95% CI 0.50–0.94) with mPFS2 47.2 mo (95% CI: 38.1–NC) vs 35.6 mo (95% CI: 24.0–40.5) in Isa-Kd vs Kd. With additional follow up and using the Hydrashift Isa immunofixation assay to rule out potential Isa interference in CR determination, final CR rate (Isa-Kd vs Kd) was 44.1% (95% CI: 0.37–0.52) vs 28.5% (95% CI: 20.7–37.3) (OR = 2.09, 95%CI = 1.26–3.48); ORR was 86.6% (95% CI: 0.81–0.91) vs 83.7% (95% CI: 0.76–0.90); MRD- was reached in 33.5% (95% CI: 0.27–0.41) vs 15.4% (95% CI: 0.10–0.23) pts (OR = 2.78, 95%CI = 1.55–4.99); rate of MRD- CR pts was 26.3% (95% CI: 0.20–0.33) vs 12.2% (95% CI: 0.07–0.19) (OR = 2.57, 95%CI = 1.35–4.88). Safety profiles in both arms remain consistent with prior IKEMA findings. Serious TEAEs were reported in 70.1% of Isa-Kd pts vs 59.8% in Kd. The most common, any-grade non-hematologic TEAEs in Isa-Kd were infusion reaction (45.8%), diarrhea (39.5%), hypertension (37.9%) and upper respiratory tract infection (37.3%). **Discussion:** These results show unprecedented mPFS, CR rate, MRD- and MRD- CR rates in a non-lenalidomide containing regimen with benefit maintained through subsequent therapies and a manageable safety profile. **Conclusions:** Our findings support Isa-Kd as a standard of care treatment for pts with relapsed MM. **Disclosures:** Study funded by Sanofi. Philippe Moreau and Thomas Martin are Co-primary investigators. Abstract previously presented at ESMO/COMy 2022.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.420>

MIELOMA MÚLTIPLO APRESENTANDO-SE COMO INFILTRAÇÃO INTESTINAL: UM RELATO DE CASO

LMR Pinho^a, GS Carvalho^a, LR Galvão^a, PB Kac^a, NCD Amaral^b, TS Soares^{a,b}, FCL Vieira^a, JPP Guimarães^a, PHFDCL Casas^{a,b}, APS Ferreira^a

^a Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Objetivo: Relatar caso de paciente com mieloma múltiplo (MM) que evoluiu com quadro de intussuscepção intestinal, submetida à laparotomia. Em cirurgia, evidenciaram-se 2 massas abdominais, cujo anatomopatológico descreveu características compatíveis com plasmocitoma intestinal. **Material e métodos:** Obtiveram-se informações do relato por meio de revisão de prontuário. Fez-se revisão com descritores “multiple myeloma”, “plasmacytoma” e “intestinal”, no PubMed, em julho/22, sem limitação temporal na busca. **Resultado:** Identificaram-se 8 artigos, de 1962 a 2015, sendo 7 excluídos por irrelevância. Apenas o artigo admitido trouxe caso semelhante ao apresentado. Paciente, sexo feminino, 59